Sécurité sociale
L'Assurance Maladie
INDRE-ET-LOIRE

Guide du médecin généraliste

Sommaire

L'installation

- La convention 3
- Votre protection sociale 6
- Carte de Professionnel de Santé 8
- Sésam Vitale 10
- Les règles déontologiques sur l'affichage et votre identification 12

Votre activité

- Le médecin traitant 16
- La CCAM 20
- Les imprimés à votre disposition 22
- La formation professionnelle conventionnelle 23

La CPAM vous accompagne au quotidien

- Le site www.ameli.fr 25
- Le retour d'information sur votre activité 28
- Vos correspondants Assurance Maladie 30
- Vos autres interlocuteurs 32

Votre patientèle

- Affections de longue durée (ALD) 35
- Couverture Maladie Universelle et Aide Médicale d'État 39

Les transports sanitaires

- Transports pris en charge 42
- Le médecin choisit le mode de transport adapté à l'état de santé du patient 43
- Mémo transports 44
- Montant de la prise en charge des transports 45
- Modèle du formulaire de prescription médicale de transport ... 46
- Modèle du formulaire de demande d'accord préalable 47

Sommaire *(suite)*

L'ordonnancier bizone

- Présentation de l'ordonnancier bizone 48
- Modèle de l'ordonnancier bizone 49
- Fiche d'aide à l'utilisation de l'ordonnance bizone *(diabète)* 50

Le protocole de soins

- Le protocole de soins en pratique 51
- Mémo : le nouveau protocole de soins 52
- Les modalités de contrôles 53
- Le protocole de soins avec rédaction assistée en ligne 54
- Mémo : le volet médecin du protocole de soins 58
- Mémo : recommandations de la haute autorité de santé 59
- Mémo : volet médecin du protocole de soins *(ex. patient diabétique)* . 60
- Mémo : informations médicales nécessaires pour une première demande d'exonération 61

L'arrêt de travail

- Prescription initiale d'un arrêt de travail 63
- Prolongation d'un arrêt de travail 64
- Prescription d'une reprise à temps partiel 64
- L'avis d'arrêt de travail en ligne 65
- Formulaire avis d'arrêt de travail 67
- Certificat médical accident du travail / maladie professionnelle 68
- Mémo arrêt de travail en AT/MP 69

L'inaptitude 71

L'invalidité 73

Le recours contre tiers 75

L'installation

La Convention

Les relations entre les professionnels de santé libéraux et l'Assurance Maladie sont régies par des conventions. Il s'agit de textes négociés entre les syndicats représentatifs des professions concernées et l'UNCAM (Union Nationale des Caisses Nationales des 3 principaux régimes de protection sociale : CNAMTS, CCMSA, RSI)**, ayant pour objet de fixer les droits et obligations de chaque partie.**

La vie conventionnelle

Toutes les professions de santé libérales (médecins, dentistes, sages-femmes, pharmaciens et auxiliaires médicaux) disposent d'une **convention**. Il suffit qu'une organisation syndicale représentative ait signé la convention pour que celle-ci soit applicable.
Afin d'atteindre les objectifs de la convention médicale, un suivi paritaire et décentralisé a été mis en place entre l'Assurance Maladie et les représentants de médecins.

- **La commission paritaire locale** (CPL) assure le suivi opérationnel des engagements. Elle définit le plan d'action adapté aux spécificités du département,
- **La commission paritaire régionale** (CPR) assure le pilotage régional du suivi des engagements. Par ailleurs, elle coordonne les actions d'information et de communication en direction des médecins et des assurés,
- **La commission paritaire nationale** (CPN) arrête les engagements et les accords de bon usage nationaux et détermine pour chacun d'eux les objectifs à atteindre et les mesures pour y parvenir.

Exercer sous Convention

Chaque professionnel de santé libéral qui commence à exercer doit expressément faire connaître à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) **de son lieu d'exercice, sa volonté d'adhésion ou non au texte conventionnel.**

Si vous choisissez de ne pas vous conventionner, vos patients seront remboursés sur la base des tarifs d'autorité (très faibles car non réévalués depuis 1966). Dans ce cas, vous fixez librement vos honoraires avec tact et mesure et supportez l'intégralité de vos cotisations sociales.

Le professionnel qui exerce sous convention peut déclarer expressément, au moment de la signature d'une nouvelle convention, son choix de ne plus adhérer à celle-ci. Inversement, le professionnel qui a choisi d'exercer hors convention, peut à tout moment, faire connaître à sa caisse primaire d'assurance maladie, sa décision d'adhérer au texte conventionnel.

Vous pouvez choisir d'opter pour le secteur 1 ou le secteur 2

- Les médecins qui exercent en **secteur 1** s'engagent à respecter les tarifs négociés dans le cadre de la convention passée avec l'Assurance Maladie, moyennant certains avantages fiscaux et sociaux. Leurs patients sont remboursés sur la base des tarifs conventionnels appliqués par le médecin. 82 % des médecins généralistes et 62 % des spécialistes exercent aujourd'hui en secteur 1.

- Les médecins en **secteur 2** sont autorisés à dépasser le tarif fixé par la convention, ce qui signifie qu'ils sont autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires. Ils ne bénéficient pas des mêmes avantages sociaux et fiscaux qu'en secteur 1.
  Leurs patients sont remboursés par le régime obligatoire sur la base des tarifs conventionnels, le reliquat restant à leur charge ou à celle de leur couverture complémentaire.

Mises en place à l'origine pour fixer un tarif et une base de remboursement uniques de tous les actes accomplis par les professionnels de santé sur l'ensemble du territoire national, les conventions ont, depuis, vu leur champ s'élargir à des aspects **plus qualitatifs**.

Elles abordent désormais les relations entre patients et professionnels, les « bonnes pratiques » et le « bon usage des soins », qui doivent assurer **une qualité de soins égale pour tous** et s'intègrent dans une politique globale de santé publique nationale. Elles prévoient également la mise en place de mécanismes de **maîtrise médicale des dépenses de santé**.

Des engagements mutuels

En adhérant à la convention, **le professionnel de santé s'engage** notamment à :

- appliquer les tarifs conventionnels fixés par le texte,
- respecter les modalités d'échanges d'informations avec les organismes d'assurance maladie (feuilles de soins électroniques, imprimés réglementaires),
- effectuer des actes de qualité, si possible au moindre coût, compatibles avec l'état de santé du patient et l'efficacité du traitement.

L'Assurance Maladie s'engage, en contrepartie, à :

- rembourser les assurés sur la base des tarifs conventionnels,
- participer au financement de la protection sociale des praticiens conventionnés,
- financer, sous certaines conditions, leur formation professionnelle continue,
- financer les aides à la télétransmission.

Votre protection sociale

Lors de votre installation, vous avez choisi votre situation conventionnelle. En même temps, vous avez fait le choix de votre régime de protection sociale.

1 - Si vous avez opté pour le secteur 1

Vous relevez du régime d'assurance maladie des Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés (PAMC).
La caisse primaire d'assurance maladie participe alors à la prise en charge de vos cotisations sociales.

Votre assurance maladie, maternité, décès

- Vous-même et vos ayants droit bénéficiez des prestations de l'Assurance Maladie.
- Aujourd'hui, deux choix s'offrent à vous :
  - Vous réglez vos cotisations chaque trimestre : ce versement valide le trimestre et ouvre des droits pour un an de date à date.
  - Vous réglez pour une année : ce versement valide l'année et celle qui suit.

Exemple : l'attestation du 1er mai de l'année N au 30 avril de l'année N+1 couvre N+1 et N+2.

- Vous recevez une carte Vitale et une attestation papier,
- C'est votre centre pivot (celui de votre lieu d'exercice) qui vous servira les prestations.

Assurance Volontaire «Accident du Travail»

- Comme vous ne bénéficiez pas à titre obligatoire de la couverture «accidents du travail et maladies professionnelles», vous pouvez vous assurer volontairement auprès de la caisse primaire d'assurance maladie,
- Cette adhésion vous ouvre les droits aux seules prestations en nature.

Contact PFS : 0 811 70 90 37

Une assurance ou une mutuelle privée peut également vous offrir ce service.

2 - Si vous avez opté pour le secteur 2

Vous pouvez faire le choix, de relever du régime d'assurance maladie des Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés (PAMC), comme vos confrères de secteur 1, **ou du Régime Social des Indépendants** (RSI), qui s'adresse plus spécifiquement aux professions libérales.

Vous trouverez des informations détaillées à l'adresse suivante :
www.le-rsi.fr

Votre régime de retraite

Vos droits sont gérés par la

Caisse autonome de retraite des médecins de France
46 rue Saint Ferdinand - 75841 PARIS cedex 17
tél : 01 40 68 32 00

A noter

Votre activité salariée est dite principale si vous travaillez au moins 1 200 h par an et si vos revenus salariés sont supérieurs à vos revenus libéraux.

Carte de professionnel de santé

La CPS

Elle permet de vous identifier, de connaître votre situation d'exercice et porte vos données de facturation.

Qui sont les utilisateurs de la CPS ?

Les professionnels de santé réglementés par le code de la santé publique et exerçant **une activité libérale à titre principal** : médecins, pharmaciens titulaires et assistants, chirurgiens dentistes, sages-femmes,masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures podologues, orthoptistes, orthophonistes, directeurs et directeurs adjoints de laboratoires d'analyses médicales.

A quoi sert-elle ?

Elle permet d'accéder à un **réseau sécurisé d'informations médicales** et de développer de ce fait des **échanges avec vos confrères** de façon transactionnelle. Dans le système sésam-Vitale, elle sert à **signer et télétransmettre** des feuilles de soins électroniques (FSE).

Une carte strictement personnelle

Chaque titulaire d'une CPS détient un code porteur ; ainsi, elle apporte des garanties de sécurité, de confidentialité et d'authentification.

Qui la délivre ?

Elle est émise par l'ASIP Santé qui en assure également le renouvellement et la maintenance.

La procédure à suivre pour obtenir votre CPS.

La délivrance de votre carte CPS est soumise à une **authentification rigoureuse**. Cette procédure implique la participation de plusieurs acteurs et vous garantit une identification fiable :

1. Le bordereau de demande de CPS est remis au professionnel de santé, dûment complété et validé par le Conseil de l'Ordre des médecins.
2. L'ASIP Santé personnalise les cartes. L'expédition se fait en deux temps :
   - vous recevez votre carte,
   - puis votre code confidentiel, par pli séparé.

La CPS est-elle payante ?

S'agissant d'un avantage conventionnel, la CPS est attribuée à titre gracieux.

Que faire en cas de perte, de vol ou de détérioration de votre CPS ?
Prévenez immédiatement l'ASIP Santé, qui la mettra en opposition et éditera une nouvelle carte.

A qui s'adresser en cas d'incident avec votre CPS ?
Vous pouvez faire appel aux services de votre caisse primaire d'assurance maladie qui dispose des outils permettant de débloquer votre code confidentiel. Dans tous les autres cas, prenez contact avec l'ASIP Santé.

Les remplaçants peuvent-ils bénéficier d'une carte ?
Oui, les médecins remplaçants peuvent également déposer une demande de carte auprès du Conseil de l'Ordre.
Il s'agira alors d'une CPF pour les remplaçants non thésés ou d'une CPS pour les remplaçants thésés.

Existe-t-il d'autres catégories de carte ?
Il existe d'autres catégories de cartes utilisables dans l'environnement SESAM-Vitale, notamment la Carte de personnel d'établissement (CPE) destinée, le cas échéant, à vos employés.

Elle est liée à la CPS du titulaire et sous sa responsabilité, elle permet la facturation de l'activité du professionnel de santé.

Contacts utiles :

ASIP Santé
9 rue Georges Pitard 75015 PARIS

Centre d'information téléphonique
0 825 85 2000 (0,15 euros TTC/mn)

Informations générales
http://esante.gouv.fr/

En cas de perte ou de vol, vous avez la possibilité de faire opposition 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

SESAM VITALE

SESAM-Vitale

Le système SESAM-Vitale a été mis en place pour offrir un meilleur service en simplifiant et en accélérant le remboursement des soins.
La feuille de soins papier devient une **feuille de soins électronique** (FSE), composée par l'équipement informatique du professionnel de santé à partir de la carte Vitale de l'assuré.
Comme sur le papier, la FSE regroupe **toutes les informations nécessaires au remboursement de l'assuré**. Transmise par un réseau informatique, elle est ensuite traitée de façon automatisée par l'Assurance Maladie.

SESAM-Vitale, c'est :

- La carte Vitale, carte à puce qui remplace la carte en papier de l'assuré social,
- La CPS qui permet d'identifier le professionnel de santé et de connaître sa situation d'exercice,
- L'équipement standard (*cf. ci-après*).

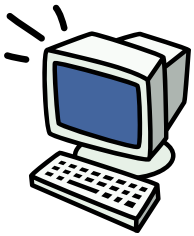
Toutes les professions médicales et paramédicales sont concernées par la télétransmission des FSE et l'échange de données avec l'Assurance Maladie.

Des aides logistiques et financières sont prévues pour accompagner les professionnels de santé dans leur démarche d'informatisation. La nature et la mise en oeuvre de ces aides financières sont définies dans les conventions destinées à organiser les rapports entre les professionnels de santé et les caisses primaires d'assurance maladie.

Quelques conseils avant de vous équiper :

Pour télétransmettre, deux options d'achat s'offrent à vous

- **soit un équipement informatique standard**
  1. un micro-ordinateur,
  2. un progiciel de santé agréé par le Centre national des agréments (CNDA),
  3. un lecteur de cartes homologué SESAM-Vitale,
  4. un modem (externe ou interne à l'ordinateur sous forme d'une carte),
  5. une imprimante.



Choisissez un progiciel en fonction de votre spécialité médicale et de vos besoins professionnels : gestion de cabinet, de dossiers patients, aide à la prescription, etc. De nombreux progiciels sont aujourd'hui agréés pour plusieurs réseaux informatiques. Pour les actes à domicile il existe des dispositifs portables qui permettent de réaliser des FSE en visite et de les télétransmettre ensuite.

- **soit une solution intégrée FSE**
  C'est un produit dédié à la télétransmission.

Contacts utiles :

ASIP Santé
http://esante.gouv.fr/

CNDA (Centre National de Dépôt et d'Agrément)
www.cnda-vitale.fr

GIE SESAM-Vitale (Homologation SESAM-Vitale)
www.sesam-vitale.fr

CPAM 37
secteur.cellulesv@cpam-tours.cnamts.fr

Les règles déontologiques sur l'affichage et votre identification

Quelques conseils pratiques

Votre plaque professionnelle

En vertu de l'article 81 du Code de déontologie, les seules indications que vous êtes autorisé à y faire figurer sont :

- le nom,
- le prénom,
- le numéro de téléphone,
- les jours et heures d'ouverture,
- la situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie,
- les titres et qualifications reconnus par l'Ordre.

En principe, les dimensions de la plaque ne doivent pas excéder 25 cm sur 30 cm.

L'affichage dans votre salle d'attente

Conformément aux arrêtés des 11/09/1996 et 25/07/1996, vous êtes tenu d'afficher dans votre salle d'attente :

- votre situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie (type de conventionnement),
- vos honoraires et fourchettes d'honoraires pour les actes couramment pratiqués,
- les phrases suivantes :

  - **pour les praticiens conventionnés à honoraires réglementés**

  « Pour tous les actes pris en charge par l'Assurance Maladie sont pratiqués les tarifs d'honoraires fixés par la réglementation. Ces honoraires peuvent être dépassés en cas d'exigence exceptionnelle (DE) du patient de temps et de lieu. Dans ce cas, votre médecin vous donnera toutes les informations sur les honoraires demandés. »

  - **pour les praticiens de secteur 2**

  « Pour tous les actes sont pratiqués des tarifs d'honoraires déterminés par le praticien.
  Le remboursement s'effectue sur la base des honoraires conventionnés. Votre médecin vous donnera préalablement toutes les informations sur les honoraires qu'il compte pratiquer. »

- **pour les praticiens non conventionnés**

« Pour tous les actes, sont pratiqués des tarifs d'honoraires déterminés par le praticien.
Le remboursement s'effectue sur la base de tarifs d'autorité.
Votre médecin vous donnera préalablement toutes les informations sur les honoraires qu'il compte pratiquer. »

- les conditions dans lesquelles est assurée la permanence de soins et d'urgence vers lesquelles ils choisissent d'orienter les patients,
- la mention « En cas de doute ou dans les cas les plus graves, appelez le n° «*15*» (JO du 01/08/1996).

Comment vous faire connaître ?

En vertu de l'article 82 du Code de déontologie, lors de votre installation ou en cas de modification de votre exercice, vous pouvez faire paraître dans la presse une annonce, sans caractère publicitaire, dont le texte et les modalités doivent préalablement être communiqués au Conseil Départemental de l'Ordre.

Comment apparaître dans l'annuaire ?

En vertu de l'article 80 du Code de déontologie, les seules indications que vous êtes autorisé à faire figurer dans les annuaires à usage public sont :

- le nom,
- le prénom,
- le numéro de téléphone,
- l'adresse,
- les jours et heures d'ouverture,
- la situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie,
- la qualification reconnue, les diplômes d'études spécialisées complémentaires et les capacités dont vous êtes éventuellement titulaire.

Sur vos ordonnances

En vertu de l'article 79 du Code de déontologie, les seules indications que vous êtes autorisé à y faire figurer sont :

- le nom,
- le prénom,
- le numéro ADELI,
- le numéro de téléphone,
- l'adresse,
- les jours et heures d'ouverture,

- si vous faites partie d'une association ou d'une société : le nom des médecins associés,
- la situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie,
- la qualification reconnue par l'Ordre et approuvée par le Ministère de la Santé,
- les diplômes, titres et fonctions reconnus par la République Française,
- la mention « En cas d'urgence », suivie d'un numéro d'appel (article 2 de l'arrêté du 25/07/1996).

Votre caducée

Il vous a été remis pour la première fois, lors de votre inscription à l'Ordre. Ensuite, chaque année, ce caducée est renouvelé, en janvier, lors de l'envoi de l'appel de cotisation.
Le caducée sera apposé sur la face antérieure du pare-brise du véhicule que vous utiliserez pour votre activité professionnelle.
Ainsi arboré, il peut vous faire bénéficier de mesures de tolérance en matière de stationnement en milieu urbain dans certaines situations (urgences…), mais elles ne doivent pas être de nature à gêner la circulation générale ou constituer un danger pour les autres usagers.

Votre carte professionnelle

La carte professionnelle des médecins, carte spéciale avec photographie, doit être demandée au Conseil Départemental de l'Ordre. Elle est validée annuellement par ce dernier.
Elle peut simplifier certaines de vos formalités, mais elle permet surtout de prouver votre identité et la réalité de votre exercice professionnel.

Si vous souhaitez ouvrir un cabinet secondaire

Toute demande d'ouverture d'un cabinet secondaire devra être transmise au Conseil Départemental dans le ressort duquel se situe l'activité envisagée (décret 2005-481, JO du 18 mai 2005).

Le remplacement

Vous vous faites remplacer : Vous devez cesser toute activité libérale pendant la durée du remplacement.
Au préalable, vous devez en **informer**, sauf urgence, **le Conseil Départemental de l'Ordre des médecins** et lui adresser une demande d'autorisation de remplacement, en indiquant les noms et qualité de votre remplaçant, les dates et la durée du remplacement, en joignant :

- soit l'attestation d'inscription au Tableau de l'Ordre de votre remplaçant, si celui-ci est docteur en médecine,
- soit la licence de remplacement de votre remplaçant, si celui-ci est un étudiant.

Vous devez également vérifier que votre remplaçant réunit **toutes les conditions nécessaires** à son exercice dans le cadre de la convention.

C'est à vous de l'informer des dispositions de la convention et des droits et obligations qui s'imposent à lui dans ce cadre :

- **Il devra adopter votre situation au regard des droits et obligations qui découlent de la convention**, à l'exception du droit permanent à dépassement (DP) et de l'affiliation au régime général d'assurance maladie,
- Il devra utiliser vos feuilles de soins en y indiquant sa situation de remplaçant ainsi que son numéro d'inscription à l'Ordre.

Vous disposez de différents moyens de recherche pour trouver un remplaçant :

- contact avec le Conseil de l'Ordre,
- le site de l'association *RemplaCentre* : www.remplacentre.fr
  (L'association des médecins généralistes remplaçants, collaborateurs libéraux et chefs de clinique de la région Centre)
- contacts dans les universités.

Votre activité

Le médecin traitant

Qui peut être médecin traitant ?

Le médecin traitant peut être un médecin généraliste ou spécialiste, mais aussi un médecin salarié d'un établissement de soins ou d'un centre de santé. Le médecin généraliste a cependant une vocation spécifique à devenir le médecin traitant de ses patients.

Pourquoi choisir un médecin traitant ?

- Depuis le 1er janvier 2005, l'Assurance Maladie invite tous les assurés et ayant-droit de plus de 16 ans à choisir et à déclarer un médecin traitant dans le but d'améliorer le suivi de parcours de soins,
- Depuis le 1er juillet 2005, si le patient consulte un médecin spécialiste ou un médecin généraliste différent de son médecin traitant sans avoir préalablement consulté son médecin traitant, ou s'il n'en a pas choisi, le taux de remboursement des consultations sera moins important.

Les missions du médecin traitant

En tant que médecin traitant, **vous organisez le suivi médical de vos patients et coordonnez sa prise en charge** éventuelle par d'autres professionnels de santé.

Vos missions :

- assurer le premier niveau de recours aux soins,
- orienter votre patient dans le parcours de soins coordonnés,
- informer tout médecin correspondant des délais de prise en charge compatibles avec l'état de santé de votre patient,
- assurer les soins de prévention et contribuer à la promotion de la santé,
- élaborer les protocoles de soins pour les patients souffrant d'une ALD en collaboration avec les autres intervenants,
- favoriser la coordination des soins en synthétisant les informations transmises par les différents intervenants et intégrer cette synthèse dans le Dossier Médical Personnel à venir,
- apporter à votre patient toutes les informations susceptibles de lui assurer une permanence d'accès aux soins aux heures, de fermeture du cabinet.

Vous serez notamment chargé **d'orienter vos patients vers une spécialité**, en fonction des symptômes présentés.

Sachez cependant que certains spécialistes peuvent être consultés en accès direct :

- les dentistes,
- les pédiatres (puisque leurs patients ont moins de 16 ans),
- les ophtalmologues (pour une partie des actes seulement),
- les gynécologues (pour une partie des actes seulement),
- les psychiatres et neuropsychiatres (pour les patients âgés de 16 à 25 ans seulement),
- les stomatologues.

Certains spécialistes peuvent également être consultés directement à condition que le patient ait désigné son médecin traitant, dans les cas suivants :

- dans le cadre d'un protocole de soins (ALD),
- dans le cadre d'une consultation de contrôle,
- dans le cadre d'un suivi de maladie chronique.

En outre, en tant que médecin traitant, vous recevrez une **indemnisation forfaitaire annuelle** de 40 euros par patient suivi dans le cadre d'une ALD exonérante.

Quelles sont les démarches à accomplir ?

Vous devez remplir un formulaire de désignation du médecin traitant avec votre patient.

- Tout nouveau patient peut profiter de la première consultation à votre cabinet pour compléter la déclaration et l'adresser à sa caisse, après l'avoir datée et signée. Vous devez également dater et signer cette même déclaration, en y apposant votre cachet et en indiquant votre numéro identifiant,
- Vous êtes libre d'accepter ou de refuser d'être le médecin traitant d'un patient,
- Vous ne pouvez pas devenir le médecin traitant d'un patient âgé de moins de 16 ans, d'un migrant de passage ou d'un bénéficiaire de l'Aide Médicale d'État (AME),
- Vous recevrez périodiquement une liste récapitulative des patients qui vous ont choisi et déclaré comme médecin traitant.

La déclaration du médecin traitant en 3 clics

L'accès à ce formulaire en ligne est réservé aux médecins inscrits sur le portail Espace Pro.

L'utilisation de la CPS et de la carte vitale du patient est nécessaire.

Les données administratives du médecin et du patient sont **automatiquement renseignées** dès l'ouverture. **Trois clics suffisent** pour valider la déclaration par le patient et le médecin, puis la transmettre.

BON A SAVOIR

S'utilise aussi simplement pour une demande de changement de médecin traitant. La modification est automatiquement enregistrée et le patient cesse d'être inscrit sur la patientèle de son précédent médecin traitant

Le médecin correspondant

Si vous assurez la fonction de « médecin correspondant » de votre patient, vous pouvez appliquer une majoration à votre tarif de consultation (médecins de secteur 1). C'est le cas **lorsque vous recevez un patient qui vous a été adressé par son médecin traitant**, en tenant compte des informations fournies par ce confrère, notamment en termes de délais compatibles avec son état de santé. Il vous incombe alors de tenir informé le médecin traitant du patient de vos constatations et des résultats de vos investigations éventuelles.

Si vous êtes médecin généraliste installé pour la première fois en exercice libéral ou si vous vous installez dans une zone dite « déficitaire », les consultations que vous assurez sont exonérées de la majoration de reste à charge pendant les 5 premières années d'installation.

La CCAM

La Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) **est la nouvelle nomenclature des actes médicaux**.
Elle s'est substituée le 31 mars 2005 à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) pour les actes techniques médicaux.
Résultat d'un long travail d'élaboration scientifique, la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) est codée et comporte 7 200 libellés. Elle est exhaustive.
Les travaux de description des actes ont été complétés par un travail de hiérarchisation de façon à prendre en compte à la fois le travail médical et le coût de la pratique.

Le principe

- La CCAM est fondée sur le principe de l'acte global : chaque libellé comprend implicitement l'ensemble des gestes nécessaires à la réa lisation de l'acte dans la règle de l'art,
- Elle est conçue de telle sorte que le praticien puisse décrire un acte avec un seul code.

La structure

- La CCAM est classée **par grands appareils** et non par spécialités,
- La valeur de chaque acte est établie en fonction des deux types de ressources mobilisées par le praticien pour réaliser l'acte :
  - le travail médical (qui traduit la difficulté de l'acte en termes de stress, d'effort mental, de technicité et de temps passé),
  - le coût de la pratique (les charges financières incombant en propre au praticien).

Mode d'emploi pour utiliser la CCAM via le site www.ameli.fr

Vous pouvez consulter la CCAM selon les critères suivants :

Par code

Cette recherche vous permet d'accéder immédiatement à un acte en saisissant son code exact.

Sur autres critères

Cette option vous permet d'accéder aux actes en réalisant une recherche à partir d'un mot-clé présent dans les titres des chapitres, les libellés et/ou les notes des actes.
Vous pouvez saisir **un ou deux mots-clés**. Par exemple, vous pouvez effectuer une recherche sur le mot « échographie » et identifier tous

les actes contenant le mot « échographie », mais aussi des recherches croisées (« échographie » et « veine »).
La recherche sur autre critère vous permet également d'accéder aux actes à partir de leur date de parution au Journal Officiel ou de la date de publication de l'arrêté réglementaire.

Par chapitre :

Le classement de la CCAM correspond à une logique médicale et se fait par grands appareils ou systèmes et non par spécialités.
La CCAM est constituée de 19 chapitres :

- les 16 premiers chapitres correspondent aux grands appareils ou systèmes,
- le chapitre 17 comprend les actes sans précision topographique,
- le chapitre 18 regroupe les gestes complémentaires,
- le chapitre 19 prend en compte les adaptations pour la CCAM transitoire.

En pratique

En cliquant sur le chapitre, puis le sous-chapitre, vous pouvez accéder à l'ensemble des actes de ce sous-chapitre. Vous pouvez afficher l'ensemble des notes correspondant à un chapitre en cliquant sur la case « Afficher les notes de l'arborescence ».
Une fois sélectionné l'acte recherché, vous accédez à la page « **Fiche d'un acte** ». Vous y trouvez la description de l'acte (chapitre, code, libellé, note) et vous devez spécifier les informations que vous souhaitez afficher en cliquant sur « tous les champs » (toutes les informations concernant cet acte) ou uniquement sur le(s) champ(s) que vous recherchez.
Si vous souhaitez davantage d'informations sur les codes et les tarifs, vous pouvez consulter les sites suivants :
www.ameli.fr
www.ccam.sante.fr

Les imprimés à votre disposition

Un imprimé correctement rempli, c'est l'assurance d'**un remboursement rapide et de qualité** pour vous-même, ainsi que pour vos patients.

Pourquoi remplir ces documents ?

- Pour attester de l'acte que vous avez effectué,
- Pour faciliter l'accès aux soins nécessitant un accord préalable.

Soyez précis et attentif à leur rédaction, toutes les mentions y figurant ayant leur importance, notamment les noms et prénoms de vos patients, date, nature des actes effectués et montant des honoraires perçus.
Codifiez vos actes conformément à la réglementation. En effet, c'est sur la base de cette cotation que se fera le paiement.
Votre signature atteste la conformité des mentions et informations reportées.

Comment vous procurer ces documents ?

- La plupart des formulaires peuvent être édités et téléchargés sur le site Internet de l'Assurance Maladie : www.ameli.fr (votre compte ameli),
- Certains formulaires personnalisés sont à commander directement auprès de votre caisse.

Voici une liste non exhaustive des imprimés fréquemment utilisés par les médecins généralistes :

- Les imprimés les plus courants
  - feuille de soins médecin (S 3110),
  - ordonnancier bizone (S 3321),
  - avis d'arrêt de travail (risque maladie) (S 3116),
  - demande d'entente préalable (S 3108),
  - demande d'accord préalable transport (S 3138),
  - certificat médical AT / MP (S 6909),
  - prise en charge vaccin anti-grippe (S 3323),
  - protocole de soins ALD (S 3501),
  - la démarche de soins infirmiers (S3740).

La formation professionnelle conventionnelle

Qu'est ce que c'est ?

Mise en place en 1998, la Formation Professionnelle Conventionnelle est une **formation gratuite ayant pour but d'accroître les compétences professionnelles** des médecins dans un objectif de santé publique.
La Formation Professionnelle Conventionnelle, financée par les cotisations de tous les assurés sociaux, vous permet de suivre une formation de qualité pendant votre temps habituel d'activité, avec compensation de la perte de ressources ainsi occasionnée.

Les garanties de qualité…

Elle est le seul label pouvant assurer une **formation scientifiquement validée** par des experts médecins indépendants, totalement prise en charge financièrement, et indemnisée.
Les projets de formation sont préalablement examinés par le Conseil Scientifique de FPC. Des visites sur site sont organisées en aval pour pérenniser la qualité de ces formations.

…et d'indépendance

La FPC est un **dispositif indépendant**, piloté par deux instances politiques composées à part égale de représentants de l'UNCAM (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie) et de représentants des syndicats de médecins signataires de la convention.

Qui est l'OGC ?

L'Organisme Gestionnaire Conventionnel (l'OGC) est l'**interlocuteur FPC des organismes de formation et des médecins libéraux**.
Il lance notamment les appels d'offres auprès des prestataires de formation selon le cahier des charges défini par le Comité Paritaire National de la FPC, il gère le financement des actions de formation, et verse les indemnités conventionnelles pour perte de ressources aux médecins formés dans le cadre de la FPC.

Les organismes de formation agréés FPC sont la garantie de la qualité des formations.

Qui peut être agréé ?

- les associations de formation continue de médecins libéraux (généralistes et spécialistes) en exercice,
- les collèges d'enseignants en médecine générale et en médecine spécialisée,

- les départements universitaires de médecine générale des UFR,
- les sociétés savantes dont l'objet statutaire est notamment de participer à la formation médicale continue.

Comment en bénéficier ?

Pour avoir accès à la FPC, vous devez être :

- **médecin libéral conventionné en exercice**, ou
- **médecin remplaçant** en règle avec l'Ordre des médecins et justifier de 30 jours de remplacement (sur l'année calendaire en cours ou la précédente).

Pour bénéficier des avantages financiers de la FPC, il est indispensable de suivre intégralement :

- un séminaire agréé FPC (2 jours ouvrables ou plus, consécutifs), ou
- un cursus agréé FPC (3 jours ouvrables ou plus, non consécutifs).

Comment accéder à la FPC ?

1. choisissez une formation qui correspond à votre besoin,
2. renseignez-vous auprès de l'OGC ou de l'organisme de formation pour connaître la date et le lieu de la formation,
3. contactez l'organisme de formation pour vous inscrire.

L'OGC est à votre disposition pour tout complément d'information.
Vous pouvez consulter le site www.ogc.fr, qui vous propose une présentation très complète du dispositif de FPC ainsi que toutes les informations pratiques intéressant les organismes de formation et les médecins libéraux conventionnés désireux de participer à la FPC.

La CPAM vous accompagne au quotidien

Le site www.ameli.fr

Internet : AMELI, votre principale source d'informations

Le site www.ameli.fr regroupe l'essentiel des informations et des services utiles à votre pratique professionnelle et à la gestion de votre activité.

Le site vous propose des fonctionnalités commune avec certains accès possibles à partir des services intégrés à votre poste de travail et accessibles via la carte CPS. Il est prévu que ces deux modes d'accès soient mis entièrement en cohérence très prochainement.

AMELI vous permet de bénéficier d'informations :

- pratiques et concrètes ,
- précises et validées,
- consultables à la source (chiffres, extraits d'études, rapports).

Un espace « médecins » a été spécialement conçu pour répondre à vos besoins. Il comprend des rubriques principales :

« Votre caisse »

L'accès à cette sous-rubrique suppose que vous indiquiez votre localisation. Vous y trouverez notamment des informations sur les missions et l'offre de services de votre caisse, sur les acteurs locaux de la santé et du social (professionnels de santé, réseaux, établissements, partenaires sociaux, organismes sociaux, commissions paritaires…), mais aussi le détail de vos contacts locaux.

« Espace pro »

Vous pouvez suivre en temps réel vos paiements en tiers payant, commander vos formulaires, vous informer sur les droits à l'assurance maladie de vos patients ou encore contacter en ligne votre caisse d'assurance maladie.

« Votre convention »

Cette rubrique met à votre disposition les textes de références (convention et avenants), ainsi que les outils et tarifs conventionnels.

« Gérer votre activité »

Vous trouverez toutes les informations et les conseils nécessaires au suivi logistique et administratif de votre exercice (installation, équipements informatiques, remplacements, changements de situation administrative, permanence des soins…).

« Exercer au quotidien »

Cette rubrique vous propose les outils susceptibles de vous être utiles dans votre pratique quotidienne, tels que les référentiels de soins, le détail des formalités (en cas de maternité, accident, maladie professionnelle, ALD…), mais aussi le codage des actes, ou encore les modalités de remplissage des feuilles de soins.

« Vous former, vous informer »

Cette partie vous présente un ensemble d'informations et de documents de nature à accompagner votre démarche de formation continue (FPC, organismes agréés, chiffres-clés, recommandations de la HAS, protocoles de soins, études et statistiques, actions de prévention).

Les rubriques principales sont complétées par des rubriques pratiques (annuaires des organismes sociaux, des professionnels et des établissements de santé, formulaires à télécharger, moteur de recherche…).

AMELI est aussi utile pour vos remplacements

Nous vous rappelons qu'Ameli.fr vous propose un service interactif et gratuit, consacré à l'installation des professionnels de santé et aux acteurs locaux concernés par les questions de démographie médicale.
Vous pourrez y consulter et y déposer des annonces pour une recherche de remplaçant (ou de local, de matériel…).

Dans le cadre de votre exercice quotidien, ce service peut aussi vous permettre d'échanger sur vos projets et expériences professionnelles, de créer des liens avec vos confrères, ou encore des élus et d'autres acteurs de la vie locale.
Vous y trouverez également le détail des aides à l'installation disponibles, du contenu général national (textes, démarches administratives) et des informations régionales et locales (expériences, contacts, offre et consommation de soins dans la région…).
Vous pouvez y créer un dossier personnalisé selon vos propres choix dans un fichier PDF.

Le retour d'activité sur votre activité

Le Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions (RIAP)

Le relevé individuel d'activité et de prescriptions (RIAP) donne à chaque médecin une image de son activité, y compris celle de son éventuel remplaçant. Elaboré à partir des informations enregistrées depuis le 1er janvier de chaque année, toutes caisses confondues, il vous est adressé trimestriellement. Les relevés sont cumulatifs, le deuxième trimestre s'ajoute au premier. Le RIAP se présente sous forme de quatre chapitres distincts. Pour chaque chapitre figurent :

- Les données individuelles du médecin (colonne «votre situation»),
- Les ratios moyens d'actes et de prescriptions obtenus au niveau de la région (colonne «référentiel région»).

Votre activité

Ce chapitre correspond à l'activité globale constituant vos honoraires (nombre de consultations, visites, nombre de coefficients des actes techniques K, KC…).

Vos prescriptions

Ce chapitre indique :

- les coefficients des actes des auxiliaires médicaux,
- le nombre de jours d'arrêt de travail indemnisés en maladie et en accident de travail (délai de carence exclu),
- le montant des prescriptions déclinées par poste de dépense (pharmacie, transport…).

Il contient toutes les rubriques concernant les prescriptions qu'un médecin peut rédiger.

Vos patients

Il indique les caractéristiques de votre patientèle répartie par classe d'âge. Le pourcentage de patients actifs ayant eu un arrêt de travail et le pourcentage de patients exonérés du ticket modérateur sont également pris en compte.

Chaque malade n'est compté qu'une seule fois quel que soit le nombre d'actes ou de prescriptions dont il a bénéficié.

Le coût total de votre activité

Ce chapitre correspond à l'ensemble des dépenses, montants remboursables et remboursés de vos honoraires et montants remboursables des prescriptions que vous avez établies sur la période considérée.

La rubrique «coût total» correspond à l'ensemble des dépenses prises en charge par l'Assurance Maladie pour l'ensemble de votre activité sur la période considérée. Elle inclut les montants remboursés des actes, des prescriptions et des frais de déplacement, sans tenir compte des dépassements.

Le relevé annuel d'honoraires

Au début de chaque année, la caisse primaire d'assurance maladie du lieu de votre exercice principal vous communique **un relevé récapitulant les honoraires perçus pour l'année écoulée**. Un double est adressé aux services fiscaux. Ce relevé précise le montant de vos honoraires et **détaille votre activité professionnelle**.

Tous les régimes de protection sociale sont regroupés (régime général, professions indépendantes, agricoles …).

Sachez que les assurés ont deux ans pour se faire rembourser. De ce fait, les honoraires sur le relevé annuel correspondent aux **actes remboursés au cours de l'année civile** et non pas à ceux que vous avez réellement pratiqués durant la même période. Une différence peut donc apparaître entre le montant des honoraires déclarés par la caisse primaire d'assurance maladie et ceux réellement perçus.

Toutefois, si vous jugez l'écart trop important et souhaitez, soit des explications, soit une vérification des éléments retenus, vous pouvez prendre contact avec votre caisse primaire d'assurance maladie (voir annexes).

Ces outils (RIAP et relevé) **sont exclusivement destinés à votre usage personnel. Ils vous permettent de connaître précisément votre activité ou de simplifier vos relations avec l'administration des impôts**.

« Profils », des profils médecins réalisés par les DAM

Dans le cadre de vos entretiens avec les Délégués de l'Assurance Maladie (DAM), vous disposerez de votre profil au regard des engagements de maîtrise médicalisée.

L'analyse de votre activité réalisée par le DAM vous permet notamment de comparer votre activité à celle de vos confrères au niveau départemental, voire régional à l'aide d'indicateurs sur les thèmes de la maîtrise médicalisée, ou à des moyennes nationales indicatives.

Le DAM est également à votre disposition pour vous aider à comprendre et à appliquer ces engagements.

Ces informations sont sécurisées et accessibles à la rubrique « mon compte ameli » sur www.ameli.fr

Vos correspondants Assurance Maladie

Le service médical

Les praticiens-conseils de l'Assurance Maladie et leurs équipes (Echelon Local du Service Médical ou ELSM) veillent et contribuent à la qualité des soins pour tous, avec l'ensemble des professionnels de santé, en médecine de ville et dans les structures de soins.

Les raisons de contacter votre médecin-conseil

- Evoquer le cas d'un de vos patients,
- Obtenir une réponse à un problème de cotation,
- Mieux connaître les recommandations de pratique clinique labellisées par la HAS,
- Discuter de votre situation au regard de ces mêmes recommandations,
- Bénéficier de l'intervention d'un praticien-conseil lors d'une FMC,
- Obtenir des informations sur la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Le service médical exerce ses missions en totale indépendance, ce qui garantit l'impartialité et l'équité de ses avis.

Les missions du service médical :

- **Examiner les éléments d'ordre médical** permettant l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'Assurance Maladie,
- **Assurer la promotion** des recommandations de pratique clinique,
- **Analyser l'activité des prestataires de soins**,
- **Accompagner la mise en place de la maîtrise** médicalisée **des dépenses de santé** auprès des professionnels de santé, des assurés, des établissements et des entreprises,
- **Contribuer à la formation des étudiants** en médecine générale et des internes de santé publique et **intervenir dans le cadre de programmes de formation continue**,
- **Participer à des actions de prévention** et d'éducation pour la santé.

Le service des Relations avec les Professionnels de Santé (RPS)

Les organismes d'assurance maladie disposent de services spécialisés pour l'accueil et les relations avec les professionnels de santé.
Leurs missions sont de faciliter les relations avec les services administratifs et médicaux, clarifier les obligations de chacun durant la vie

conventionnelle, prévenir et solutionner toute difficulté en rapport avec l'exercice quotidien de votre profession et assurer la gestion administrative de votre dossier (mise à jour, changement de RIB...).
Courriel : relation-ps@cpam-tours.cnamts.fr

Les Délégués de l'Assurance Maladie (DAM)
En complément au service médical, dans le but d'optimiser les échanges entre notre organisme et votre profession, nous avons mis en place une équipe à votre écoute : les Délégués de l'Assurance Maladie.

Leur mission :
- **vous informer** des dispositions conventionnelles et des modifications réglementaires,
- **faciliter votre travail** au regard des engagements prévus dans la convention nationale (accompagner vos efforts en matière de maîtrise médicalisée des dépenses de santé, vous permettre de comparer votre activité à celle de vos confrères au niveau départemental, voire régional, à l'aide d'indicateurs sur les thèmes de la maîtrise médicalisée ou à des moyennes nationales indicatives),
- **vous accompagner ou vous orienter avant**, **pendant et après** la mise en place du système Vitale dans votre cabinet,
- **faciliter vos relations avec l'ensemble des services**,
- **être à l'écoute** de vos attentes et de vos préoccupations.

Les textes réglementaires et conventionnels en permanente évolution rendent parfois complexes les relations que vous entretenez avec l'Assurance Maladie.
Le DAM est à votre disposition pour vous apporter tous les éclairages nécessaires. Vous pouvez également souhaiter évoquer avec lui des difficultés d'ordre technique ou administratif.

Notre ambition :
Contribuer, aux côtés de l'ensemble des professionnels de santé, à la promotion de la qualité des soins.

N'hésitez pas à contacter le DAM qui se déplacera à votre cabinet : dam@cpam-tours.cnamts.fr

Vos autres interlocuteurs

Vos organismes d'assurance maladie

Les organismes d'assurance maladie disposent de services spécialisés pour l'accueil et les relations avec les professionnels de santé.
Leurs missions sont de faciliter les relations avec les services administratifs et médicaux, clarifier les obligations de chacun durant la vie conventionnelle, prévenir et solutionner toute difficulté en rapport avec l'exercice quotidien de leur profession.

- **Caisse Primaire d'Assurance Maladie** (CPAM)
  www.ameli.fr
  adresse : 36 rue Édouard Vaillant - 37035 TOURS cedex 9
  accueil Professionnels de santé : 0 811 70 90 37
  site : www.ameli.fr (rubrique espace PRO)
- **Echelon Local du Service Médical** (ELSM)
  tél : 02 47 31 55 88
- **Service Relations Professionnels de Santé**
  tél : 02 47 31 54 55
  mail : relation-ps@cpam-tours.cnamts.fr
- **Service Social**
  tél : 02 47 31 54 93
  mail : servicesocial.tours@carsat-centre.fr
- **Caisse de Mutualité Sociale Agricole** (MSA)
  site : www.msa-berry-touraine.fr
  adresse : 31 rue Michelet - 37040 TOURS cedex 9
  tél : 02 47 31 61 74
  mail : Moison.florence@berry-touraine.msa.fr
- **Caisse du Régime Social des Indépendants** (RSI)
  site : www.rsi.fr/centre
  adresse : 20 avenue des Droits de l'Homme - BP 71149
  45001 ORLEANS cedex 1

  Pour vos patients artisans commerçants :
  accueil Professionnels de santé : 02 38 56 74 55
  mail : Contact.adm-prof.sante@centre.le-rsi.fr

  Pour vos patients professions libérales :
  accueil Professionnels de santé : 01 53 33 56 39
  mail : Contact.adm-prof.sante@plp.le-rsi.fr

- **Caisse d'Assurance Retraite et de Santé au Travail** (CARSAT)
  site : www.carsat-centre.fr
  adresse : 30 boulevard Jean-Jaurès - 45033 ORLEANS cedex 01
  tél : 39 60
  mail : prev@carsat-centre.fr

Vos interlocuteurs professionnels locaux

- **Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins**
  site : www.conseil-national.medecin.fr
  Adresse : 11 rue de Constantine - 37000 TOURS
  tél : 02 47 61 25 12
  mail : indre-et-loire@37.medecin.fr

- **Centre National des Professions de Santé**
  site : www.cnps.fr
  adresse : 54 rue Ampère – 75849 PARIS cedex 17
  tél : 01 56 79 20 65
  mail : cnps@cnps.fr

- **Direction Territoriale d'Indre-et-Loire de l'Agence Régionale de Santé du Centre** (DTARS 37)
  site : www.ars.centre.sante.fr
  adresse : cité administrative Champ Girault
  38 rue Édouard Vaillant - 37042 TOURS cedex
  tél : 02 47 60 44 44
  mail : ars-centre-dt37@ars.sante.fr

- **Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et des Allocations Familiales** (URSSAF)
  site : www.urssaf.fr
  adresse : cité administrative Champ Girault
  1 rue Alexander Fleming
  37931 TOURS cedex 9
  tél : 0 820 20 25 37

- **Caisse d'Allocations Familiales** (CAF)
  site : www.caf.fr
  adresse : 1 rue Alexander Fleming - 37045 TOURS cedex 9
  tél : 0 820 25 37 10

- **Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle** (DDTEFP)
  site : www.centre.travail.gouv.fr/indreetloire
  adresse : 8 rue Alexander Fleming
  BP 2729
  37027 TOURS cedex 1
  tél : 02 47 31 57 01

- **Vos interlocuteurs nationaux Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France** (CARMF)
  site : www.carmf.fr
  adresse : 46 rue Saint Ferdinand - 75841 PARIS cedex 17
  tél : 01 40 68 32 00
  mail : carmf@carmf.fr

- **Groupement d'Intérêt Economique** (GIE) **SESAM Vitale**
  site : www.sesam-vitale.fr
  adresse : 5 boulevard Alexandre Oyon - 72019 LE MANS cedex 2
  tél : 02 43 57 42 00
  mail : contact@sesam-vitale.fr

- **ASIP Santé**
  site : http://esante.gouv.fr/
  adresse : 9 rue Georges Pitard - 75015 PARIS
  tél : 0 825 85 2000 (0,15 € TTC/mn)

- **Organisme Gestionnaire Conventionné** (OGC)
  site : www.ogc.fr
  adresse : 217 rue La Fontaine - 94120 FONTENAY-SOUS-BOIS
  tél : 01 48 76 19 05
  mail : info@ogc.fr

Affections de longue durée (ALD)

Qu'est ce que c'est ?

Il existe trois principales catégories d'affections de longue durée pouvant donner lieu à une exonération du ticket modérateur (c'est-à-dire prises en charge à 100% par l'Assurance Maladie) :

- **les affections de la liste ALD**,
- **les affections «hors liste»**,
- **les polypathologies**.

Les affections de la liste ALD

Il s'agit des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste de 30 affections de longue durée (ALD 30) établie par décret.

- Accident vasculaire cérébral invalidant,
- Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques,
- Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques,
- Bilharziose compliquée,
- Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves,
- Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses,
- Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH),
- Diabète de type 1 et diabète de type 2,
- Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave,
- Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères,
- Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves,
- Maladie coronaire,
- Insuffisance respiratoire chronique grave,
- Maladie d'Alzheimer et autres démences,
- Maladie de Parkinson,
- Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé,

- Mucoviscidose,
- Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif,
- Paraplégie,
- Péri artérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive,
- Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave,
- Affections psychiatriques de longue durée,
- Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives,
- Sclérose en plaques,
- Scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne,
- Spondylarthrite ankylosante grave,
- Suites de transplantation d'organe,
- Tuberculose active, lèpre,
- Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.

Source : article D. 322-1 du code de la sécurité sociale, modifié par le décret n° 2011-726 du 24 juin 2011, publié au Journal Officiel du 26 juin 2011.

Le protocole de soins en pratique

Dans le cadre de la réforme de l'Assurance Maladie, **un nouveau protocole de soins** a été mis en place pour les patients atteints d'une affection de longue durée (ALD). Ce nouveau formulaire de demande de prise en charge à 100% remplace l'ancien Protocole inter-régimes d'examen spécial (PIRES).

C'est au **médecin traitant** qu'incombe la tâche de remplir le formulaire de demande de prise en charge au titre d'une ALD.
Le médecin traitant a la possibilité de remplir la zone « actes et prestations concernant la maladie » de deux façons :

- soit il fait mention de la liste HAS et, si besoin, des modules, pour les complications ; il peut personnaliser le protocole en ajoutant des actes et prestations qui ne figurent pas dans la liste,
- soit il ne fait pas mention de la liste et remplit le protocole comme avant la réforme, avec la possibilité d'utiliser des formulations globales. Il reçoit une indemnisation d'un montant de 40 euros par patient déclaré en ALD. Vos correspondants Assurance Maladie sont à votre disposition pour vous apporter des informations plus détaillées à ce sujet.

Le protocole de soins assure deux fonctions :

- dans sa fonction médicale, il précise les actes et prestations nécessaires au traitement de l'affection de longue durée,
- dans sa fonction administrative, il définit les conditions de prise en charge.

Les affections dites «hors liste»

Il s'agit de maladies graves de forme évolutive ou invalidante, non inscrites sur la liste des ALD 30, comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à 6 mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse (exemple : malformation congénitale des membres, dégénérescence maculaire).

Les polypathologies

On diagnostique une polypathologie lorsque le patient est atteint de plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois (exemple : une personne de 90 ans atteinte de bronchite chronique et ayant des séquelles d'une fracture de hanche n'ayant pas permis la reprise de la marche).

Un cadre de prise en charge plus précis

Le protocole de soins est établi par le médecin traitant, en concertation avec le ou les médecins spécialistes qui suivent le patient en ALD.

Vous disposez d'un ordonnancier bizone qui vous permet de différencier, suite à une même consultation, les prescriptions liées à l'ALD exonérante de celles qui font suite à une autre pathologie, et qui ne seront par conséquent pas forcément prises en charge à 100%.

Un patient mieux informé et plus impliqué

Autre nouveauté : le protocole de soins comporte un volet que le médecin traitant remet au patient, après avoir reçu l'accord de l'Assurance Maladie sur son contenu.

Le patient signe et conserve ce volet du protocole de soins : il sait ainsi exactement ce qui est pris en charge à 100 % dans le cadre de sa maladie. Il s'engage par ailleurs à le présenter aux différents médecins qu'il consulte dans le cadre de sa maladie.

Ceci permet :

- d'améliorer la circulation de l'information et la coordination des soins entre tous les médecins qui suivent le patient,
- de faciliter l'utilisation de l'ordonnance bizone, chaque médecin étant en mesure de savoir quels soins et traitements sont pris en charge à 100 % ,
- au patient d'accéder directement aux médecins qui interviennent dans le suivi de sa maladie et qui sont mentionnés dans le protocole de soins, sans passer au préalable par son médecin traitant.

L'Assurance Maladie adresse aux patients en ALD un guide pratique qui contient toutes les informations utiles sur la prise en charge à 100 %.

Sur le site www.ameli.fr vous trouverez tous les détails utiles sur le mode d'emploi du protocole de soins, ainsi que des informations complémentaires sur la procédure dérogatoire et sur l'ordonnance bizone.

Couverture maladie universelle et aide médicale d'Etat

La Couverture Maladie Universelle (CMU) **s'inscrit dans le cadre de la lutte contre les exclusions et permet aux personnes les plus précarisées d'accéder au système de soins**.

Qui peut bénéficier de la CMU ?

La CMU de base vise les personnes n'ayant aucun droit au titre d'un régime obligatoire d'assurance maladie et permet de les affilier au régime général. Elle est accordée sous condition de régularité de séjour sur le territoire national et de stabilité de résidence.

La CMU complémentaire peut être attribuée sous condition de résidence et de ressources à toute personne ayant une affiliation à l'un des régimes de l'Assurance Maladie obligatoire. Par exemple : pour une personne seule avec enfant, les ressources ne devront pas excéder 1 077 euros Les personnes relevant du RMI bénéficient de plein droit de la CMU complémentaire.
Elle fonctionne comme une mutuelle et permet aux assurés d'accéder à la prise en charge du ticket modérateur et de certaines prestations.

Qui détermine le droit ?

Les caisses d'assurance maladie sont la clef d'entrée du dispositif. En cas d'attribution de la CMU, l'assuré reçoit une attestation précisant ses périodes de droits. L'assuré est aussi invité à mettre sa carte Vitale à jour.

Quelles sont les prestations ?

La CMU de base permet d'ouvrir des droits au régime obligatoire.
La CMU complémentaire prend en charge pour une période d'un an renouvelable le ticket modérateur, le forfait journalier et certaines dépenses au-delà du ticket modérateur en matière de prothèses dentaires et d'orthodontie, d'optique, d'audioprothèses et de certains dispositifs médicaux.

La facturation des actes

Les assurés doivent justifier de leurs droits CMU en produisant leur carte Vitale ou leur attestation de droits.

La CMU complémentaire, associée ou non à la CMU de base, impose :

- la dispense de l'avance des frais (Tiers payant) sur la couverture maladie de base et la complémentaire,
- le respect des tarifs opposables.

Le renouvellement des droits à la CMU complémentaire

Chaque année, un courrier invite l'assuré à fournir les documents nécessaires à une nouvelle étude de ses droits.
L'assuré peut se trouver dans une des situations suivantes :

- Les ressources de l'assuré sont inférieures à un plafond de référence : celui-ci a droit à la CMU complémentaire qui est reconduite pour un an.
- Les ressources de l'assuré sont inférieures au plafond de la CMU C majoré de 20 % : celui-ci a droit à l'aide pour une complémentaire santé, c'est à-dire à une réduction du montant de sa cotisation auprès de la mutuelle de son choix.
- Les ressources de l'assuré sont supérieures au plafond majoré : il doit prendre en charge lui-même sa couverture complémentaire.

En pratique ?

Si vous êtes équipé, demandez à votre patient qu'il vous confie sa carte Vitale et son attestation de droits, qui vous permettront ensuite de réaliser une feuille de soins électroniques, selon les modalités habituelles. La caisse vous versera directement le montant de la consultation.

L'Aide Médicale d'Etat (AME)

Elle est destinée à **assurer l'accès aux soins des étrangers et de leurs personnes à charge ne remplissant pas les conditions de régularité et de stabilité de séjour en France**, à condition de résider en France depuis plus de 3 mois, et sous réserve de justifier de son identité et de remplir les conditions de ressources.
Les bénéficiaires de l'AME n'ont pas de carte Vitale.

L'AME peut être accordée à titre humanitaire aux personnes étrangères qui ne résident pas habituellement en France et dont l'état de santé le justifie.
Les personnes étrangères retenues dans les Centres de Rétention Administrative (CRA) peuvent, si leur état de santé le justifie, bénéficier de l'AME

L'AME ouvre droit à la prise en charge à 100 % des soins médicaux dans la limite des tarifs de responsabilité tant en médecine de ville qu'à l'hôpital et du forfait hospitalier, avec dispense d'avance de frais sur présentation de l'attestation de droits.

A défaut de pouvoir bénéficier de l'AME, les personnes étrangères en situation irrégulière peuvent bénéficier d'une prise en charge des soins urgents dispensés dans un établissement de santé.

Les transports sanitaires

Les transports pris en charge

Le transport est remboursable dans les situations suivantes :

- entrée et sortie de l'hôpital quelle que soit la durée de l'hospitalisation (complète, partielle ou ambulatoire),
- transports liés à des soins ou des traitements en rapport avec une affection de longue durée (ALD),
- transports en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle (AT/MP). Dans ce cas, précisez la date de l'accident du travail ou la date de la 1ère constatation de la maladie professionnelle,
- transports liés au fait que votre patient doit impérativement être allongé ou sous surveillance constante.

Les frais de transport sont également pris en charge :

- si votre patient est convoqué par le service du contrôle médical de sa caisse d'assurance maladie, la commission régionale d'invalidité ou un expert médical (pour une expertise médicale de la sécurité sociale),
- si votre patient se rend à une consultation médicale d'appareillage ou chez un fournisseur d'appareillage,
- pour la personne accompagnant un enfant de moins de 16 ans ou une personne dont l'état de santé nécessite l'assistance d'une autre personne, pour les transports en commun (dans les situations de transport remboursable).

En dehors de ces situations, les transports de votre patient ne seront pas pris en charge, même si vous les prescrivez.

A noter : dans les situations décrites ci-dessus, certains transports ne peuvent être pris en charge que sous réserve d'accord préalable de la caisse d'assurance maladie de votre patient : transports de longue distance (plus de 150 km aller), transports en série, etc.

Seul le médecin choisit le mode de transport adapté à l'état de santé du patient

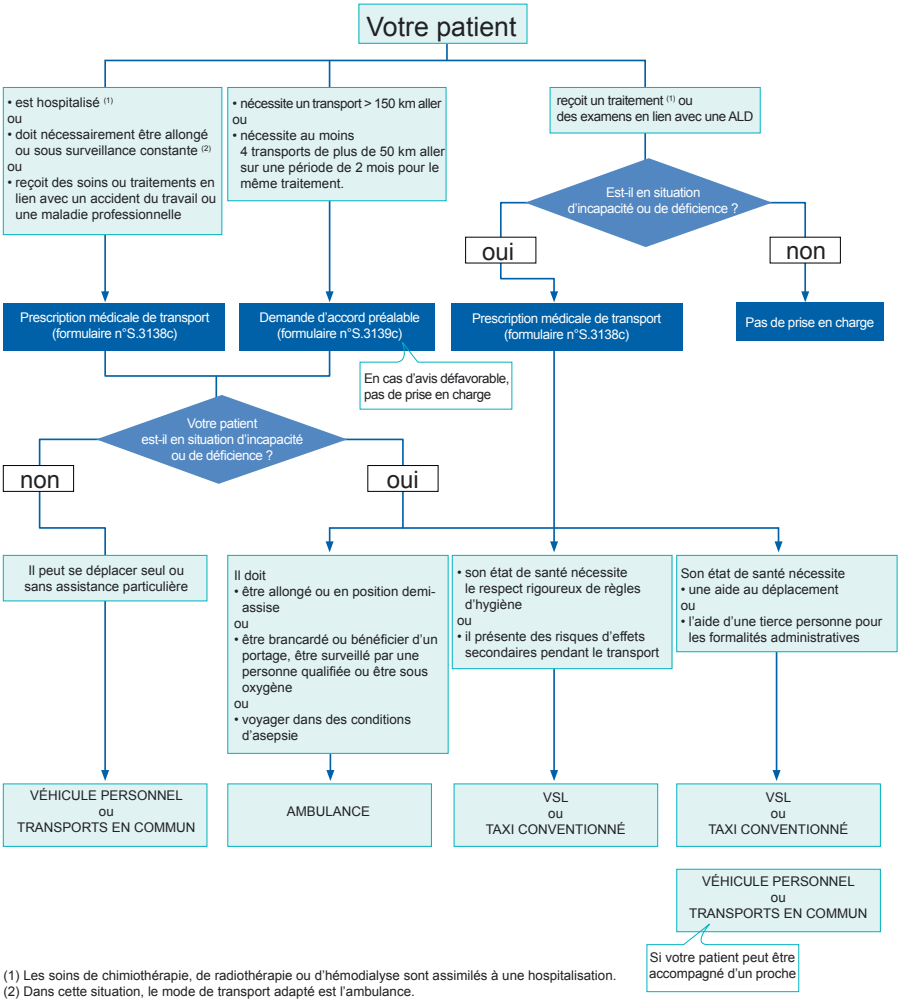
- L'état de santé de votre patient ne nécessite aucune assistance : vous pourrez prescrire à votre patient le bus ou la voiture particulière. Ce transport est remboursable dans les situations décrites page 1.

- L'autonomie de votre patient est limitée, son état de santé n'impose ni brancardage ni portage mais nécessite un transport assis : vous pourrez prescrire à votre patient un taxi ou un véhicule sanitaire léger.

- Un transport par ambulance peut être prescrit lorsque l'état de santé du patient nécessite un transport en position allongée ou demi-assise, une surveillance par une personne qualifiée, un brancardage ou un portage.

Conditions de prise en charge

d'après le décret du 10 mars 2011 et l'arrêté du 23 décembre 2006


Votre patient
• est hospitalisé (1)
ou
• doit nécessairement être allongé ou sous surveillance constante (2)
ou
• reçoit des soins ou traitements en lien avec un accident du travail ou une maladie professionnelle
• nécessite un transport > 150 km aller
ou
• nécessite au moins 4 transports de plus de 50 km aller sur une période de 2 mois pour le même traitement.
reçoit un traitement (1) ou des examens en lien avec une ALD
Est-il en situation d'incapacité ou de déficience ?
oui
non
Prescription médicale de transport (formulaire n°S.3138c)
Demande d'accord préalable (formulaire n°S.3139c)
Prescription médicale de transport (formulaire n°S.3138c)
Pas de prise en charge
En cas d'avis défavorable, pas de prise en charge
Votre patient est-il en situation d'incapacité ou de déficience ?
non
oui
Il peut se déplacer seul ou sans assistance particulière
Il doit
• être allongé ou en position demi-assise
ou
• être brancardé ou bénéficier d'un portage, être surveillé par une personne qualifiée ou être sous oxygène
ou
• voyager dans des conditions d'asepsie
• son état de santé nécessite le respect rigoureux de règles d'hygiène
ou
• il présente des risques d'effets secondaires pendant le transport
Son état de santé nécessite
• une aide au déplacement
ou
• l'aide d'une tierce personne pour les formalités administratives
VÉHICULE PERSONNEL ou TRANSPORTS EN COMMUN
AMBULANCE
VSL ou TAXI CONVENTIONNÉ
VSL ou TAXI CONVENTIONNÉ
VÉHICULE PERSONNEL ou TRANSPORTS EN COMMUN
Si votre patient peut être accompagné d'un proche

(1) Les soins de chimiothérapie, de radiothérapie ou d'hémodialyse sont assimilés à une hospitalisation.
(2) Dans cette situation, le mode de transport adapté est l'ambulance.

Pour en savoir plus

ameli.fr > Vous êtes professionnel de santé > Médecin > Exercer au quotidien : Prescriptions > Transports

SÉCURITÉ SOCIALE L'Assurance Maladie

Août 2011 - SG/DGM/DSS - 22-2011

Le montant de la prise en charge des transports

Un remboursement à 65 %

Les frais de transports de votre patient sont remboursés à 65 % en règle générale, sur la base des tarifs de la sécurité sociale. Ils sont calculés sur la base de la distance entre le lieu où votre patient se trouve et la structure de soins, pouvant donner les soins appropriés, la plus proche.

Une prise en charge à 100 %

Les frais de transport sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie, dans la limite des tarifs de la sécurité sociale, pour :

- les transports en rapport avec une affection de longue durée exonérante (ALD) sur liste ou hors liste ou avec une polypathologie invalidante,
- les transports dans le cadre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle,
- les transports dans le cadre d'une grossesse de plus de 6 mois,
- les transports liés à l'hospitalisation d'un nouveau-né de moins de 30 jours,
- les transports liés aux investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et son traitement,
- les transports des titulaires d'une pension d'invalidité, d'une pension militaire, d'une pension vieillesse substituée à une pension d'invalidité, d'une pension de veuf ou de veuve invalide, d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle dont le taux d'incapacité est supérieur à 66,66 %,
- les transports d'urgence en cas d'hospitalisation au cours de laquelle est effectué un acte coûteux (I-1 de l'article R.322-8 du code de la sécurité sociale),
- les transports entre 2 établissements ou entre l'établissement et le domicile en cas d'hospitalisation consécutive et en lien direct avec une première hospitalisation au cours de laquelle a été effectué un acte coûteux (I-1 de l'article R.322-8 du code de la sécurité sociale).

cerfa

N° 11574*03

Volet **1 (médical) à adresser au contrôle médical** sous enveloppe, à l'attention de « M. le Médecin conseil »

Prescription médicale de transport

(articles L.162-4-1-2°, L. 321-1-2°, L. 322-5, L. 432-1 et R. 322-10 et suivants du Code de la sécurité sociale)

La prescription médicale, à compléter par le médecin
(pour plus d'information, se référer à la notice)

- **Le bénéficiaire** *(à compléter obligatoirement par le médecin)*

Nom (*suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se)*)
Prénom

- **Dans quelle situation permettant la prise en charge du transport se trouve votre patient ?** *(plusieurs choix possibles)*

Hospitalisation (entrée-sortie) ®
Nécessité d'être allongé ou sous surveillance ®
Soins liés à une affection de longue durée ®
Soins liés à un AT/MP ®
Date de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle |_|_|_|_|_|_|_|_|

- **Quel trajet doit effectuer le patient ?** *(précisez l'adresse du lieu de départ et du lieu d'arrivée ainsi que le nom de la structure de soins)*

- Transport aller ® Transport retour ® Transport aller-retour ®
- Transport itératif ® nombre : .....
- **Ce transport est-il lié à une condition de prise en charge à 100% ?** oui ® non ®
(*grossesse de plus de 6 mois, ALD exonérante, AT/MP, autre... Se référer à la notice*)
- **Quel mode de transport prescrivez-vous, en vous reportant au référentiel médical détaillé dans la notice ?**

Ambulance ®
Transport assis professionnalisé (VSL, taxi) ®
Transport en commun (bus, train…) ® *(complétez la ligne ci-dessous)*
. Dans ce cas, l'état de santé du patient nécessite-t-il **une personne accompagnante ?** oui ® non ®
Moyen de transport individuel ®

- Conditions particulières : nécessité d'une asepsie rigoureuse ® appel du centre 15 ®

- **Eléments d'ordre médical :**

Précisez la nature de l'examen ou des soins justifiant le déplacement :
……
……
……

Commentaires éventuels :
……
……
……
……

(si cachet, merci de le reporter sur les 2 volets)

Etablie le . . /. . /. . . . à
Identification du médecin et, le cas échéant, de l'établissement et signature du médecin

Les renseignements administratifs, à compléter par l'assuré(e) ou son représentant

- **Merci de compléter ces informations à l'aide de la carte vitale ou de l'attestation**

. Le numéro d'immatriculation de l'assuré(e) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

. Les nom et prénom de l'assuré(e) *(à remplir si le bénéficiaire n'est pas l'assuré(e))* : ……

et le code de son organisme de rattachement : |_|_|_|_|_|_|_|_|

. L'adresse du bénéficiaire du transport :……
……

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude et de fausses déclarations (articles L. 114-13 du Code la sécurité sociale, 441.1 du Code pénal).

S3138c

cerfa

N° 11575*02

Demande d'accord préalable
Prescription médicale de transport

Volet 1 (médical) à adresser au contrôle médical sous enveloppe, à l'attention de « M. le Médecin conseil »

(articles L. 162-4-1-2°, L. 321-1-2°, L. 322-3, L. 432-1 et R. 322-10 et suivants du Code de la sécurité sociale)

La prescription médicale, à compléter par le médecin
(pour plus d'information, se référer à la notice)

Vous utilisez ce formulaire dans les cas suivants *(cochez la case correspondante à la situation de votre patient)* :
Transport à plus de 150 km ☐ Transport en série (= de 50 km, minimum 4, en 2 mois) ☐ Transport par avion ou bateau de ligne ☐

- **Le bénéficiaire** *(à compléter obligatoirement par le médecin)*

Nom (usuel, s'il y a lieu, de naissance)
Prénom

- **Si votre patient doit utiliser l'avion ou le bateau de ligne, dans quelle situation se trouve-t-il ?** *(plusieurs choix possibles)*

Hospitalisation (entrée-sortie) ☐ Soins liés à une affection de longue durée ☐
Nécessité d'être allongé ou sous surveillance ☐ Soins liés à un AT/MP ☐
Date de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle

- **Quel trajet doit effectuer le patient ?** *(préciser l'adresse du lieu de départ et du lieu d'arrivée ainsi que le nom de la structure de soins)*

- Transport aller ☐ Transport retour ☐ Transport aller-retour ☐
Si transport en série, indiquez le nombre : .....
- **Ce transport est-il lié à une condition de prise en charge à 100% ?** oui ☐ non ☐
(grossesse de plus de 6 mois, ALD exonérante, AT/MP, autre... Se référer à la notice)
- **Si votre patient doit utiliser un autre mode de transport que l'avion ou le bateau, quel mode de transport prescrivez-vous en vous reportant au référentiel médical détaillé dans la notice ?**
Ambulance ☐
Transport assis professionnalisé (VSL, taxi) ☐
Transport en commun (bus, train…) ☐ *(complétez la ligne ci-dessous)*
Dans ce cas, l'état de santé du patient nécessite-t-il **une personne accompagnante ?** oui ☐ non ☐
Moyen de transport individuel ☐
- **Conditions particulières** : nécessité d'une asepsie rigoureuse ☐ urgence attestée par le médecin prescripteur ☐
(si cachet, merci de le reporter sur les 3 volets)
- **Éléments d'ordre médical :**
Précisez la nature de l'examen ou des soins justifiant le déplacement :
.....
.....
.....
Commentaires éventuels :
.....
.....
.....
.....

Fait le : . . / . . / . . . .
Identification du médecin et, le cas échéant, de l'établissement et signature du médecin

Les renseignements administratifs, à compléter par l'assuré(e) ou son représentant

- **Merci de compléter ces informations à l'aide de la carte vitale ou de l'attestation**

. Le numéro d'immatriculation de l'assuré(e) :

. Les nom et prénom de l'assuré(e) *(à remplir si le bénéficiaire n'est pas l'assuré(e))* : .....
et le code de son organisme de rattachement :

. L'adresse du bénéficiaire du transport : .....
.....

Accord préalable

AVIS MÉDICAL
maladie ☐ maternité ☐ AT/MP ☐ date : . . / . . / . . . .
Défavorable total ☐
Défavorable partiel ☐
Mode de transport préconisé : .....
Fait le ..... Cachet
Signature

La loi 78-17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. La loi rend passible d'amende et ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude et de fausses déclarations (article L. 114-13 du Code de la sécurité sociale, 441-1 du Code pénal).

S 3109c

L'ordonnancier bizone

Les soins et les traitements en rapport avec une affection de longue durée (ALD) exonérante sont pris en charge à 100 % sur la base du tarif sécurité sociale. A cet effet, un modèle spécifique d'ordonnance, l'ordonnance bizone, a été créé en application de l'article R.161-45 du code de la sécurité sociale.
L'ordonnance bizone vous permet de distinguer clairement les prescriptions en rapport ou non avec une affection de longue durée (ALD) exonérante.

La partie haute de l'ordonnance

Elle est réservée aux soins en rapport avec l'ALD.
Les traitements prescrits en partie haute ouvrent droit à une exonération du ticket modérateur. Vous devez uniquement mentionner dans cette partie les prescriptions ayant un rapport direct et incontestable avec l'affection de longue durée exonérante. Ces actes et prestations figurent sur le protocole de soins établi par le médecin traitant de votre patient et validé par le médecin conseil de sa caisse d'assurance maladie.
Le patient reconnu atteint d'une ALD exonérante doit vous présenter son exemplaire du protocole de soins (volet 3 - patient) lors de sa consultation pour être pris en charge à 100 %.

La partie basse de l'ordonnance

Elle est réservée à toutes les autres prescriptions sans rapport avec l'ALD, remboursées aux taux habituels de l'Assurance Maladie.

ATTENTION

- aucune mention, qui puisse avoir pour effet d'altérer la séparation entre la partie haute et la partie basse, ne doit être portée,
- le nombre de lignes de prescription ne peut avoir pour effet de confondre les deux zones,
- les ordonnances bizones doivent être complétées au cas par cas, en fonction de l'état du patient,
- la zone basse ne doit en aucun cas être neutralisée par anticipation.

cerfa

n°60-3937

Identification du prescripteur

l'étiquette du patient

est à coller ici

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONÉRANTE)

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)

S 3321a

Extrait des fiches d'aide à l'utilisation de l'ordonnance bizone

Identification du prescripteur	cerfa n°60-3937	Identification du patient

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONÉRANTE)

ALD 8 : Diabète
diabète de type 1 et diabète de type 2

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)

Principales prestations SANS RAPPORT avec l'ALD
à faire figurer en partie basse de l'ordonnance bizone

LPP
(produits et prestations)

- Dispositifs médicaux pour le traitement des maladies respiratoires et oto-rhino-laryngologiques
  ex : chambre d'inhalation respiratoire, pression positive continue pour traitement de l'apnée du sommeil
- **Chaises percées**
- **Sièges pouvant être adaptés sur châssis à roulette**
- (…)

Médicaments

- Psycholeptiques (N05)
  ex : hypnotiques, sédatifs, anxiolytiques, antipsychotiques
- Psychoanaleptiques (N06), autres que les inhibiteurs non sélectifs de la recapture de la monoamine (N06AA)
  ex : antidépresseurs non IMAO et non imipraminiques, psychotropes, nootropes…

- Médicaments des syndromes obstructifs des voies aériennes (R03)
  ex : bronchodilatateurs ß2-mimétiques, glucocorticoïdes inhalés

- Médicaments urologiques (G04) autres que les médicaments utilisés dans les troubles de l'érection (G04BE)
  ex : médicaments pour l'hypertrophie bénigne de la prostate

- Anti-inflammatoires et antirhumatismaux (M01)
  ex : anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), antiarthrosiques
- (…)

Examens de biologie

- Dosage de **l'antigène prostatique spécifique (PSA) total ou libre**
- Hormonologie, autre que insuline totale ou libre, C peptide (sang et urine), TSH us, T3 et T4 libre
  ex : ß-HCG, FSH, LH, testostérone
- **Protéinogramme (électrophorèse)**
- (…)

→*Pour en savoir plus*

Voir les fiches d'aide à l'utilisation de l'ordonnance bizone, également disponibles dans leur intégralité sur : www.ameli.fr

Pour les médicaments, cet outil est basé sur la classification internationale Anatomique, Thérapeutique, Chimique (ATC).

SÉCURITÉ SOCIALE L'Assurance Maladie

Le protocole de soins

Qu'est-ce que le protocole de soins ?

Une affection de longue durée prise en charge à 100 % est une maladie qui nécessite des soins prolongés (plus de six mois) et dont les traitements sont coûteux. C'est pourquoi l'Assurance Maladie rembourse à 100 % les dépenses liées à ces soins et traitements.

Le protocole de soins : un formulaire de prise en charge qui ouvre les droits au 100 %

Ce formulaire indique :

- les soins et les traitements nécessaires à la prise en charge de la maladie de votre patient,
- ceux qui sont pris en charge à 100 %, ceux qui sont remboursables aux taux habituels de la sécurité sociale et ceux qui ne sont pas du tout pris en charge.

C'est le médecin traitant qui établit le protocole de soins en concertation avec le patient et avec le ou les autres médecins correspondants qui interviennent dans le suivi de sa maladie.

Le protocole de soins est ensuite étudié par le médecin conseil de l'Assurance Maladie qui donne son accord pour la prise en charge à 100 % d'une partie ou de la totalité des soins et des traitements liés à l'affection de longue durée (ALD).

Cas particulier : la procédure dérogatoire pour la prise en charge d'une ALD

C'est le médecin traitant qui élabore le protocole de soins. **Néanmoins, afin de ne pas retarder la prise en charge à 100 % lorsque les conditions médicales sont remplies, l'Assurance Maladie ouvre immédiatement les droits même si la demande de prise en charge à 100 % n'est pas initiée par le médecin traitant. C'est le cas notamment lorsque le diagnostic d'une affection de longue durée est fait à l'hôpital, parfois dans un contexte d'urgence.**

Cette procédure permet au patient d'être immédiatement pris en charge à 100 % au titre de son affection de longue durée. Il dispose de six mois pour faire établir le protocole de soins par son médecin traitant.

La Loi de réforme confie au médecin traitant l'élaboration du protocole de soins*. Néanmoins, afin de ne pas retarder la prise en charge à 100 % lorsque les conditions médicales sont satisfaites, **l'Assurance Maladie ouvre immédiatement les droits même si la demande de prise en charge à 100 % n'est pas initiée par le médecin traitant**. C'est notamment le cas lorsque le diagnostic d'une affection de longue durée est fait à l'hôpital, parfois dans un contexte d'urgence.

Le nouveau protocole de soins : ce qui change

- **Un parcours de soins coordonnés qui s'appuie notamment sur un nouveau volet, le volet patient :** grâce à ce volet, personnel et confidentiel, le patient peut transmettre toutes les informations utiles aux médecins qu'il consulte dans le cadre de son affection, afin d'être pris en charge à 100 %. Sans ce volet, les patients ne peuvent accéder directement aux différents médecins mentionnés dans le protocole.

- **Un meilleur partage de l'information** entre le médecin hospitalier et/ou spécialiste et le médecin traitant.

La procédure dérogatoire : qui fait quoi ?

Médecin hospitalier et/ou spécialiste
Début du protocole de soins
J
Médecin traitant
Le médecin hospitalier et/ou spécialiste établit le protocole de soins pour demander une prise en charge à 100 %.
• Il tient informé le médecin traitant, si celui-ci est désigné.
• La prise en charge à 100 % est ouverte dans un premier temps pour 6 mois.
Il remet et fait signer au patient le volet qui lui est désormais destiné.
• S'il est déjà désigné, le médecin traitant reçoit les informations du médecin hospitalier et/ou du spécialiste.
À l'issue des 6 mois
coordination des soins du patient
• Le spécialiste ou le médecin hospitalier continue à assurer la prise en charge du patient et en informe le médecin traitant.
Le médecin traitant, choisi par le patient, rédige un nouveau protocole de soins en concertation avec les différents médecins et équipes impliqués dans la prise en charge du patient.
• Il établit ce nouveau protocole de soins pour l'ensemble des pathologies en précisant les actes et prestations nécessaires au traitement des différentes affections.
• Il assure la coordination des soins du patient car il le suit au quotidien pour l'ensemble de ses pathologies.

* Loi de réforme du 13 août 2004.

Modalités de contrôle

Les modalités des contrôles par le service médical sont régis par l'article L.324-1 du code de la sécurité sociale, modifié par la loi 2004-810 2004-08-13 art. 6 II, III JORF 17 août 2004, modifié par la loi 2004-810 du 13 août 2004 - art. 6 JORF 17 août 2004.

En cas d'affection de longue durée et en cas d'interruption de travail ou de soins continus supérieurs à une durée déterminée, la caisse doit faire procéder périodiquement à un examen spécial du bénéficiaire, conjointement par le médecin traitant et le médecin conseil de la sécurité sociale en vue de déterminer le traitement que l'intéressé doit suivre si les soins sont dispensés sans interruption ; la continuation du service des prestations est subordonnée à l'obligation pour le bénéficiaire :

1. de se soumettre aux traitements et mesures de toute nature, prescrits d'un commun accord par le médecin traitant et le médecin conseil de la sécurité sociale, et, en cas de désaccord entre ces deux médecins, par un expert,
2. de se soumettre aux visites médicales et contrôles spéciaux organisés par la caisse,
3. de s'abstenir de toute activité non autorisée,
4. d'accomplir les exercices ou travaux prescrits en vue de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnel.

En cas d'inobservation des obligations ci-dessus indiquées, la caisse peut suspendre, réduire ou supprimer le service des prestations.

Le médecin traitant, qu'il exerce en ville ou en établissement de santé, et le médecin conseil établissent conjointement un protocole de soins qui mentionne les obligations prévues ci-dessus. Ce protocole périodiquement révisable, notamment en fonction de l'état de santé du patient et des avancées thérapeutiques, définit en outre, compte tenu des recommandations établies par la Haute Autorité mentionnée à l'article L.161-37, les actes et prestations nécessités par le traitement de l'affection et pour lesquels la participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée, en application des 3° et 4° de l'article L.322-3. La durée du protocole est fixée compte tenu des recommandations de la Haute Autorité mentionnée à l'article L.161-37. Ce protocole est signé par le patient ou son représentant légal.

Sauf en cas d'urgence, le patient ou son représentant légal est tenu de communiquer son protocole au médecin consulté pour bénéficier de la limitation ou de la suppression de sa participation.

Le médecin, qu'il exerce en ville ou en établissement de santé, est tenu de certifier, lors de l'établissement des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge, qu'il a pris connaissance du protocole et de se conformer aux dispositions réglementant la limitation ou la suppression de la participation de l'assuré.

Les modalités de mise en œuvre du présent article, notamment les conditions dans lesquelles l'assuré prend connaissance du protocole de soins et le communique au médecin lors de la prescription, sont fixées par décret.

Le protocole de soins
avec rédaction assistée en ligne

De quoi s'agit-il ?

Le PSE correspond au protocole de soins ALD dématérialisé. Il permet au médecin traitant de rédiger en ligne sur Espace Pro les protocoles de ses patients et de prendre connaissance, rapidement et de manière sécurisée, de l'avis du médecin conseil.

L'accès est simple et sécurisé : vous avez seulement besoin de votre carte CPS et de la carte Vitale de votre patient.

Une fois créé, le protocole de soins électronique est souple d'utilisation : vous pouvez le compléter immédiatement ou le mettre de côté pour y revenir plus tard.

Pour traiter votre demande, l'accès au protocole est strictement réservé au service médical dont dépend votre patient.

Des démarches simplifiées

- *Une assistance au remplissage*

  Les données « patient » sont pré-remplies lors de la création du protocole, grâce aux informations récupérées sur la carte Vitale. Vous pouvez ensuite compléter le protocole à tout moment, sans carte Vitale.

  Le motif d'exonération et les informations médicales à renseigner s'affichent automatiquement à l'écran pour les 8 ALD les plus fréquentes prises en charge par l'Assurance Maladie.

  L'existence d'une liste HAS est automatiquement signalée et vous pouvez y accéder directement.

  Le volet n°3 (volet patient) est pré-rempli. Une fois complété des informations médicales, il suffit de l'imprimer et de le remettre à votre patient.

- Une fois le protocole rempli, son envoi se fait automatiquement vers le service médical dont dépend votre patient.

- Une réponse dans les 48 heures.

- Le PSE facilite les échanges avec le médecin-conseil même s'il n'est pas instantanément joignable, vous pouvez consulter son avis plus facilement et obtenir une réponse plus rapide grâce aux zones de dialogue.

- Une aide à la prise en charge d'un patient par d'autres médecins Le PSE d'un patient est visible par n'importe quel médecin (avec la carte Vitale du patient).le médecin a ainsi aux informations sur les ALD pour lesquelles le patient est déjà pris en charge.

- La fonction duplication (en mode brouillon) est très utile lors du renouvellement d'un PSE : elle permet de reprendre le PSE d'origine et de s'en servir de base pour le renouvellement.

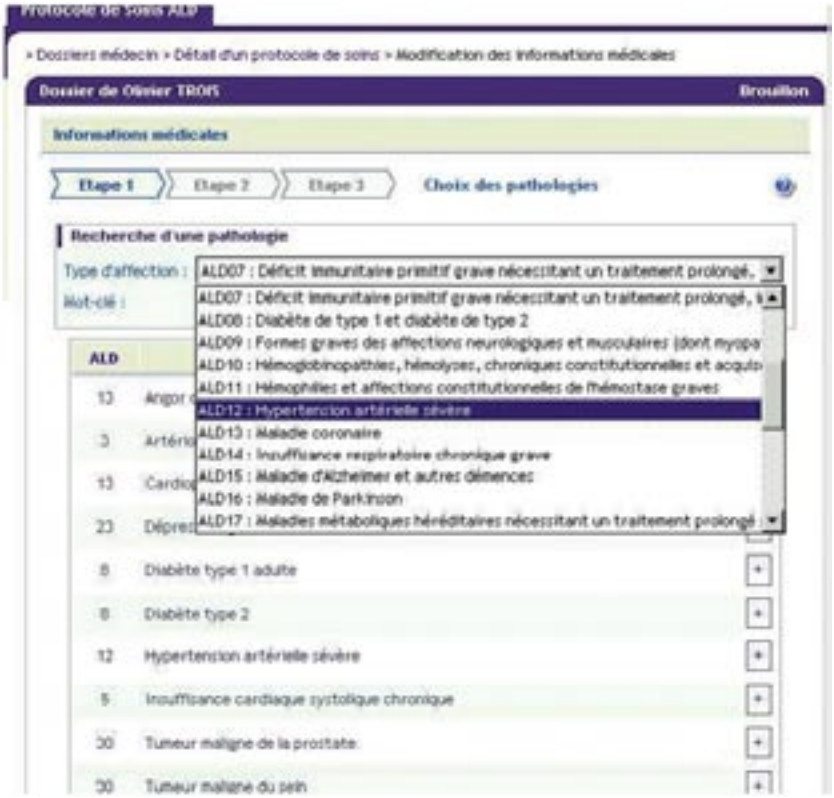
En bref, le PSE facilite votre pratique :
- pas de frais d'affranchissement ni de papier,
- pas de délais postaux,
- une rédaction facilitée,
- des échanges simplifiés avec le médecin conseil et les médecins correspondants.

Avec le PSE, vous disposez dans le même espace, du formulaire à remplir et des documents utiles pour le faire. C'est du temps gagné pour vous et pour vos patients.

Descriptif du service

A la création :

Écran d'aide à la recherche d'une ALD : la sélection s'effectue par simple clic


» Dossiers médecin » Détail d'un protocole de soins » Modification des informations médicales
Dossier de Olivier TROIS
Brouillon
Informations médicales
Etape 1
Etape 2
Etape 3
Choix des pathologies
Recherche d'une pathologie
Type d'affection :
ALD07 : Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé,
Mot-clé :
ALD07 : Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé,
ALD08 : Diabète de type 1 et diabète de type 2
ALD09 : Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopa
ALD10 : Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acqui
ALD11 : Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves
ALD12 : Hypertension artérielle sévère
ALD13 : Maladie coronaire
ALD14 : Insuffisance respiratoire chronique grave
ALD15 : Maladie d'Alzheimer et autres démences
ALD16 : Maladie de Parkinson
ALD17 : Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé
ALD
Diabète type 1 adulte
Diabète type 2
Hypertension artérielle sévère
Insuffisance cardiaque systolique chronique
Tumeur maligne de la prostate
Tumeur maligne du sein

cerfa
n°11626*03

protocole de soins

articles L. 324-1, L. 322-3-3° et 4° et D. 322-1 du Code de la sécurité sociale
articles 71- 4 et 71-4 -1 du Règlement Intérieur des caisses primaires

volet médical 2
à renvoyer
au médecin traitant

personne recevant les soins

• **identification de la personne recevant les soins**
nom et prénom *(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))*
adresse
numéro d'immatriculation
si ce numéro d'immatriculation n'est pas connu, remplissez la ligne suivante
date de naissance de la personne recevant les soins
• **identification de l'assuré(e)** ***(à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))***
nom et prénom de l'assuré(e) *(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))*
numéro d'immatriculation de l'assuré(e)

information(s) concernant la maladie

• **diagnostic(s) de l'(des) affection(s) de longue durée motivant la demande et sa (leurs) date(s) présumée(s) de début**
1
2
3
• **arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents (dans le cas de polypathologie invalidante décrire l'état invalidant)**

Exemple pour un patient atteint du VIH

actes et prestations concernant la maladie *(à compléter par votre médecin traitant)*

spécialités pharmaceutiques ou classes thérapeutiques ou dispositifs médicaux (1)

suivi biologique prévu (type d'actes) (1)
*Examens biologiques nécessaires au diagnostic et au suivi de l'infection par le VIH/SIDA**

recours à des spécialistes (préciser la spécialité et le type d'acte spécialisé prévu) (1)

recours à des professionnels de santé para-médicaux (1)

(1) Sont exclus du bénéfice de l'exonération du ticket modérateur, les éléments cochés par le médecin conseil, qui seront pris en charge selon les conditions du droit commun.

durée prévisible des soins :
durée prévisible de l'arrêt de travail, s'il y a lieu :
reclassement professionnel envisagé : oui non

proposition du médecin traitant *(cocher la/les) case(s) correspondante(s))*

ALD non exonérante 1 | ALD 30 (liste) 2 | ALD hors liste 3 | polypathologie invalidante 4 | autre 5

décision du médecin conseil

accord au titre de (2) du au pour
accord au titre de (2) du au pour
accord au titre de (2) du au pour
(2) Le médecin conseil reporte le chiffre correspondant à la situation adéquate listée dans la rubrique précédente (1 pour ALD non exonérante, 2 pour ALD 30.....)
refus nature et motif du refus

date
protocole valable jusqu'au

signature et cachet du médecin traitant	cachet de l'établissement ou du centre de référence	signature et cachet du médecin conseil

La loi 78-17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire.

S 3501 c

* Le patient est libre d'accepter ou de refuser que son affection soit mentionnée.

Argumentation

Cette zone doit être renseignée avec précision afin de permettre une décision rapide du médecin conseil de l'Assurance Maladie.

Prise en charge

Dans l'attente des recommandations de la Haute Autorité de Santé et en cas d'affections multiples et complexes, cette rubrique pourra être rédigée de façon plus synthétique, **par une formulation globale.**

Accès direct

Pour faciliter le parcours de soins coordonnés de votre patient, ne pas oublier de préciser le recours aux spécialistes envisagés.

Les cases NON cochées

par le médecin conseil de l'Assurance Maladie indiquent les traitements pris en charge à 100 %.

Validité du protocole

Le formulaire est établi pour une durée déterminée fixée par le médecin conseil de l'Assurance Maladie.

PROTOCOLE DE SOINS ET RECOMMANDATIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

La Haute Autorité de Santé élabore des recommandations[1] pour le suivi et le traitement de chaque affection de longue durée (ALD). Elles sont notamment destinées à vous aider à établir les protocoles de soins de vos patients atteints d'affections de longue durée.

Comment se présentent les recommandations de la HAS ?

Chacune d'entre elles comporte deux parties : **un ou plusieurs « Guides médecin » et une seule Liste des actes et prestations** pour l'affection considérée.

La Liste peut-être structurée par modules.

Par exemple, la Liste HAS concernant le diabète comporte cinq modules :

- Suivi et traitement du diabète
- Suivi et traitement de la néphropathie
- Suivi et traitement de complications oculaires
- Suivi et traitement du pied à risque ou des plaies du pied
- Suivi et traitement des neuropathies périphériques

La Liste et le(s) « Guide(s) médecin » sont indissociables. En effet, le(s) Guide(s) précise(nt) les conditions d'utilisation des actes et prestations : indications, fréquence…

☞ *Liste et Guides consultables sur le site Internet de la HAS* : www.has-sante.fr

Comment les utiliser pour établir le protocole de soins ?

Il n'est pas nécessaire de retranscrire la Liste HAS dans son intégralité. Il suffit de mentionner, sur le protocole de soins, le titre ou le(s) module(s) de la Liste des actes et prestations nécessaire(s) au traitement du patient, en fonction de son état de santé et de ses besoins. Plusieurs modules peuvent être cumulés.

☞ *Exemple au verso*

L'évolution de l'état de santé du patient peut nécessiter l'ajout d'un module et être à l'origine de l'actualisation du protocole de soins.

Si un patient est atteint par plusieurs ALD, et que celles-ci ne font pas toutes l'objet de recommandations HAS, alors la zone « actes et prestations » du protocole devra comprendre :

- d'une part, la mention de la Liste (ou des modules) de la HAS lorsque celle-ci existe,
- d'autre part, les actes et prestations nécessaires au traitement de l'ALD pour les maladies ne disposant pas de recommandations HAS. En cas d'affections multiples et complexes, cette zone pourra être rédigée de façon plus synthétique, par une formulation globale.

Ce qui est ou non pris en charge par l'Assurance Maladie ?

L'Assurance Maladie prend en charge à 100 %[2] les actes et prestations remboursables, mentionnés dans la Liste HAS, quand ils sont réalisés dans les conditions précisées dans le(s) « Guide(s) médecin ».

Exemples pour le diabète

Liste HAS			« Guides médecins » HAS
Professionnels	**Situations particulières**	=	« Une consultation dentaire annuelle »
Dentiste	Tous les patients		
Examens	**Situations particulières**	=	« Glycémie veineuse à jeûn (contrôle de l'autosurveillance glycémique, chez les patients en autosurveillance glycémique, une fois par an) »
Glycémie veineuse	Contrôle de l'autosurveillance		

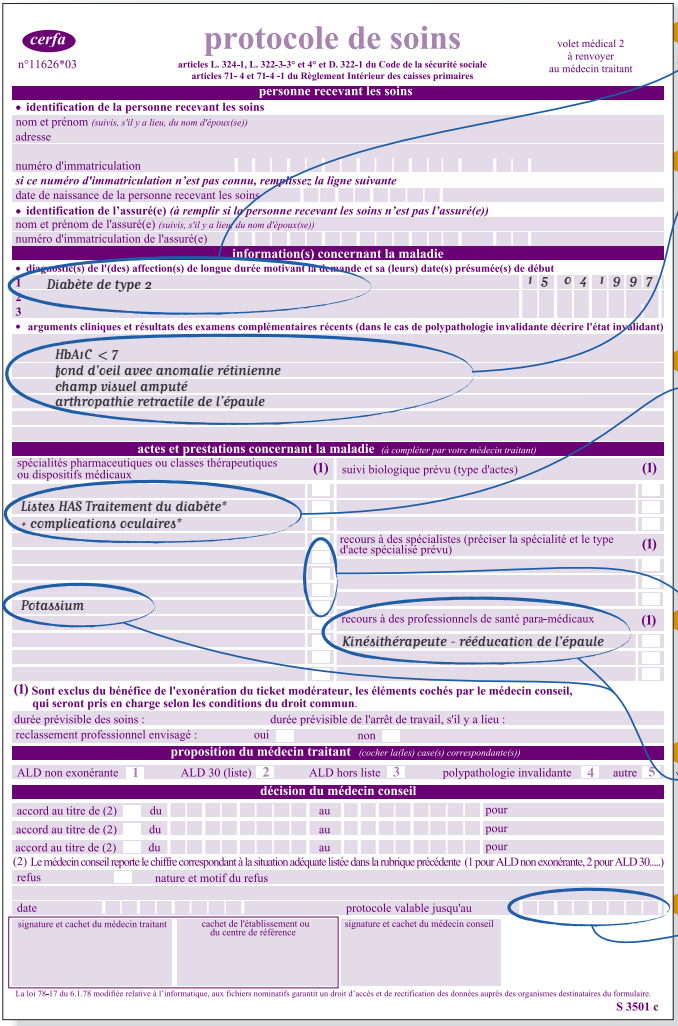
SG/DGM/Diag1 - Septembre 2006

Les actes et prestations de la Liste qui ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie sont indiqués par la mention : « prestation dont le remboursement n'est pas prévu par la législation ».

Si des actes et prestations non précisés dans la Liste de la HAS sont nécessaires pour adapter le protocole de soins à la situation particulière de votre patient (co-morbidité, complications thérapeutiques, etc.), ils seront alors pris en charge à 100% après accord du médecin conseil.

1 Conformément à la loi de Réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2004
2 Sur la base du tarif officiel de la Sécurité sociale

VOLET MÉDECIN DU PROTOCOLE DE SOINS
EXEMPLE POUR UN PATIENT DIABÉTIQUE



cerfa n°11626*03

protocole de soins

articles L. 324-1, L. 322-3-3° et 4° et D. 322-1 du Code de la sécurité sociale
articles 71- 4 et 71-4 -1 du Règlement Intérieur des caisses primaires

volet médical 2 à renvoyer au médecin traitant

personne recevant les soins

• identification de la personne recevant les soins
nom et prénom *(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))*
adresse
numéro d'immatriculation
si ce numéro d'immatriculation n'est pas connu, remplissez la ligne suivante
date de naissance de la personne recevant les soins
• identification de l'assuré(e) *(à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))*
nom et prénom de l'assuré(e) *(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))*
numéro d'immatriculation de l'assuré(e)

information(s) concernant la maladie

• diagnostic(s) de l'(des) affection(s) de longue durée motivant la demande et sa (leurs) date(s) présumée(s) de début
1 *Diabète de type 2* — 15 04 1997
2
3

• arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents (dans le cas de polypathologie invalidante décrire l'état invalidant)
HbA1C < 7
fond d'oeil avec anomalie rétinienne
champ visuel amputé
arthropathie retractile de l'épaule

actes et prestations concernant la maladie *(à compléter par votre médecin traitant)*

spécialités pharmaceutiques ou classes thérapeutiques ou dispositifs médicaux (1) — suivi biologique prévu (type d'actes) (1)

*Listes HAS Traitement du diabète**
*+ complications oculaires**

recours à des spécialistes (préciser la spécialité et le type d'acte spécialisé prévu) (1)

Potassium

recours à des professionnels de santé para-médicaux (1)
Kinésithérapeute - rééducation de l'épaule

(1) **Sont exclus du bénéfice de l'exonération du ticket modérateur, les éléments cochés par le médecin conseil, qui seront pris en charge selon les conditions du droit commun.**

durée prévisible des soins : — durée prévisible de l'arrêt de travail, s'il y a lieu :
reclassement professionnel envisagé : oui ☐ non ☐

proposition du médecin traitant *(cocher la(les) case(s) correspondante(s))*

ALD non exonérante 1 — ALD 30 (liste) 2 — ALD hors liste 3 — polypathologie invalidante 4 — autre 5

décision du médecin conseil

accord au titre de (2) ☐ du … au … pour …
accord au titre de (2) ☐ du … au … pour …
accord au titre de (2) ☐ du … au … pour …
(2) Le médecin conseil reporte le chiffre correspondant à la situation adéquate listée dans la rubrique précédente (1 pour ALD non exonérante, 2 pour ALD 30....)
refus ☐ nature et motif du refus

date — protocole valable jusqu'au

signature et cachet du médecin traitant | cachet de l'établissement ou du centre de référence | signature et cachet du médecin conseil

La loi 78-17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire.

S 3501 c

Diagnostic
Mentionnez le ou les diagnostics concernés par la demande de prise en charge à 100 %.

Argumentation
Cette zone doit être renseignée avec précision afin de permettre une décision rapide du médecin conseil de l'Assurance Maladie.

Mentionnez le ou les modules de la liste des actes et prestations de la HAS nécessaires au traitement :
- du diabète
- de la néphropathie
- de complications oculaires
- du pied à risque ou des plaies du pied
- des neuropathies périphériques

Précisez un module par ligne.

La prise en charge à 100 % de la prestation est accordée quand **la case n'est pas cochée**.

Précisez les actes et prestations ne figurant pas sur la liste HAS, mais présentant un lien direct et certain avec l'affection.

Validité du protocole
Le formulaire est établi pour une durée déterminée fixée par le médecin conseil de l'Assurance Maladie.

* Le patient est libre d'accepter ou de refuser que son affection soit mentionnée.

Informations médicales nécessaires pour une première demande d'exonération*

** sauf modifications ultérieures par avis de la HAS et décrets s'y rattachant.*

Cette fiche pratique indique les informations médicales attendues dans le protocole de soins pour **une première demande d'ALD 30** dans l'une des quatre pathologies suivantes.

- Ces informations[1] permettent l'ouverture des droits du patient au 100%[2].
- Il n'est plus nécessaire de transmettre systématiquement les pièces justificatives. Elles pourront cependant être demandées ponctuellement.

TUMEUR MALIGNE, AFFECTION MALIGNE DU TISSU LYMPHATIQUE OU HÉMATOPOÏÉTIQUE

information(s) concernant la maladie
• diagnostic(s) de l'(des) affection(s) de longue durée motivant la demande et sa (leurs) date(s) présumée(s) de début
1 Nom de la pathologie
2
3
• arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents (dans le cas de polypathologie invalidante décrire l'état invalidant)
Attester que le diagnostic de cancer a été confirmé (si possible par histologie) et indiquer sa localisation.

MALADIE CORONAIRE

information(s) concernant la maladie
• diagnostic(s) de l'(des) affection(s) de longue durée motivant la demande et sa (leurs) date(s) présumée(s) de début
1 Nom de la pathologie
2
3
• arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents (dans le cas de polypathologie invalidante décrire l'état invalidant)
Attester le diagnostic de maladie coronaire en indiquant : **- Les signes cliniques en cas de symptomatologie d'insuffisance coronaire** **- Et les éléments paracliniques objectivant l'ischémie myocardique : indiquer les conclusions des examens témoignant d'une ischémie myocardique** (ECG de repos, épreuve d'effort, scintigraphie myocardique…) **ou de lésions coronaires** (coronarographie)

Juin 2007 - SG/DGM/Diag1

(1) Conformément aux recommandations en vigueur du Haut Comité médical ou du décret du 4 octobre 2004 pour les affections psychiatriques de longue durée.
(2) du tarif de la sécurité sociale.

Informations médicales nécessaires pour une première demande d'exonération*

** sauf modifications ultérieures par avis de la HAS et décrets s'y rattachant*

AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES DE LONGUE DURÉE

information(s) concernant la maladie

- **diagnostic(s) de l'(des) affection(s) de longue durée motivant la demande et sa (leurs) date(s) présumée(s) de début**

1 **Attester le diagnostic d'affection psychiatrique de longue durée en indiquant : Le diagnostic psychiatrique**
2
3

- **arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents (dans le cas de polypathologie invalidante décrire l'état invalidant)**

- L'ancienneté de l'affection en année d'évolution
- Les « conséquences fonctionnelles » (aspects cognitifs, affectifs, comportementaux...) et le « handicap » créé par l'affection psychiatrique.

DIABÈTE DE TYPE 1 ET DIABÈTE DE TYPE 2

information(s) concernant la maladie

- **diagnostic(s) de l'(des) affection(s) de longue durée motivant la demande et sa (leurs) date(s) présumée(s) de début**

1 **Nom de la pathologie**
2
3

- **arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents (dans le cas de polypathologie invalidante décrire l'état invalidant)**

Attester le diagnostic de diabète en indiquant les glycémies à jeun anormales :
2 glycémies ≥ 1,26g/l [1]

[1] *Ou dans des situations particulières 1 hyperglycémie provoquée ≥ à 2g/l, 2 heures après une charge orale de 75g de glucose.*

En cas de complication(s), ajoutez :

- Pour une néphropathie : résultats de la créatinémie ou de la micro-albuminurie
- Pour une atteinte oculaire : résultats du fond d'œil
- Pour une neuropathie : les manifestation(s) clinique(s)
- Pour le pied à risque : le grade (selon la classification du risque d'ulcération)

Classification du risque d'ulcération :
- grade 0 : absence de neuropathie sensitive
- grade 1 : neuropathie sensitive isolée
- grade 2 : neuropathie sensitive et déformation du pied et/ou artériopathie des membres inférieurs
- grade 3 : antécédent d'ulcération du pied ou d'amputation du membre inférieur

Pour les complications cardiovasculaires (maladie coronaire, AVC, artériopathie chronique avec manifestations ischémiques), les identifier et les déclarer sur le protocole de soins comme une ALD en tant que telle.

Juin 2007 - SG/DGM/DI/dg 1

L'arrêt de travail

L'état de santé de votre patient vous amène à lui prescrire un arrêt de travail. Afin de permettre son indemnisation, des règles simples sont à respecter.

Prescription initiale d'un arrêt de travail

- **Les éléments médicaux justifiant l'arrêt de travail doivent être précisés. Veillez à bien renseigner les éléments d'ordre médical à l'origine de votre prescription. Cette indication est obligatoire.**

- **Il faut, le cas échéant, indiquer si l'état de santé nécessitant l'arrêt de travail est lié à :**
  - une affection de longue durée,
  - un état pathologique résultant de la grossesse.

  > Afin de préserver le secret médical, des enveloppes vous sont remises en même temps que les avis d'arrêt de travail. Ces enveloppes permettent à votre patient d'adresser directement les volets 1 et 2 au service médical de son organisme d'assurance maladie.

Nouveau

Le praticien indique sur l'arrêt de travail :
- soit que les sorties ne sont pas autorisées,
- soit qu'elles le sont. Dans ce cas, l'assuré doit respecter les heures de présence à son domicile de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures, sauf en cas de soins ou d'examens médicaux. Toutefois le praticien peut, par dérogation à cette disposition, autoriser les sorties libres. Dans ce cas, il porte sur l'arrêt de travail les éléments d'ordre médical le justifiant.

En cas de non respect de ces règles, des dispositifs de sanctions (pénalités, accord préalable) pourront être engagés à votre encontre par l'Assurance Maladie.
Des pénalités sont également possibles pour votre patient s'il ne respecte pas le délai de 48 heures pour adresser son arrêt de travail à la caisse d'assurance maladie.

Prolongation d'un arrêt de travail

Nouveau

Pour que les indemnités journalières soient versées, la prolongation d'un arrêt de travail doit être prescrite :

- par le médecin traitant ou son remplaçant,
- ou par un médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant,
- ou par un médecin hospitalier en cas d'hospitalisation.

Dans les cas où la prolongation ne provient ni du médecin traitant ni du prescripteur de l'arrêt initial, le prescripteur doit en expliquer le motif sur l'arrêt de travail.

Prescription d'une reprise à temps partiel

Vous estimez que la reprise du travail à temps partiel pourrait être de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de votre patient.

- vous prescrivez alors une reprise à temps partiel dite "pour motif thérapeutique".
- il devra également obtenir l'accord de l'employeur suite à un avis du médecin du travail.
- cette reprise à temps partiel pour motif thérapeutique fait obligatoirement suite à un arrêt de travail à temps complet.

Avis d'arrêt de travail en ligne

- De quoi s'agit-il ?

  Ce service vous permet de saisir en ligne un avis d'arrêt de travail, et de l'adresser de manière sécurisée, directement au service médical dont dépend votre patient.

  L'avis d'arrêt de travail électronique est simple, sécurisé et rapide : 5 clics et 40 secondes en moyenne suffisent pour une saisie.

  L'accès aux données médicales est strictement réservé au service médical de la caisse. Le service administratif a uniquement accès aux renseignements permettant de payer les indemnités journalières de votre patient.

  Le service dans son ensemble a reçu l'avis favorable de la CNIL.

  Pour y accéder, vous avez uniquement besoin de votre carte CPS et de la carte Vitale de votre patient.

  Dans un premier temps, ce service est accessible uniquement pour l'avis d'arrêt de travail « maladie » et ne concerne que les patients du régime général, avant la généralisation à tous les régimes de sécurité sociale.

- Quels sont les avantages ?

  - *Une assistance au remplissage*

    Les données administratives du patient sont pré-remplies lors de la création de l'avis d'arrêt de travail en ligne, grâce aux informations récupérées sur la carte Vitale.
    Le service propose également une liste des motifs les plus courants d'arrêt de travail, et vous bénéficiez d'un accusé de dépôt justifiant la télétransmission de l'avis.

  - Une gestion allégée des imprimés administratifs

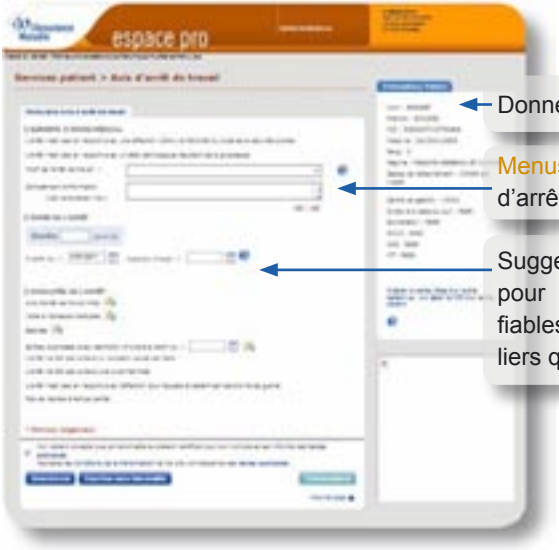
    L'envoi de l'avis d'arrêt de travail se fait automatiquement vers la caisse dont dépend votre patient : plus de stock à gérer ni de commande à la caisse pour des liasses d'avis d'arrêt imprimées.
    Le volet patient CERFA, également prérempli des informations qui le concernent, peut être imprimé directement.

Vous disposez enfin de la possibilité d'enregistrer et d'archiver l'ensemble du dossier au format PDF.

- Un paiement facilité pour votre patient

L'avis d'arrêt de travail en ligne rend également service à votre patient : plus d'envoi papier dans les 48 heures à sa caisse, et moins de risque de retard dû au délai postal.

Descriptif du service



Données administratives pré-remplies

Menus déroulants pour choisir le motif d'arrêt de travail adapté

Suggestions de durée pré-remplies pour 19 pathologies (données modifiables pour s'adapter aux cas particuliers que vous aurez identifiés)

Bon à savoir

Pour chacune des 19 pathologies renseignées, lorsque vous recommandez une durée d'arrêt de travail identique à celle proposée par le référentiel, vous pouvez prendre appui sur cette durée pour argumenter l'arrêt de travail auprès de votre patient.

Formulaire avis d'arrêt de travail

cerfa n°10170*04

avis d'arrêt de travail

☐ initial ☐ de prolongation (*)

volet 1, à adresser au service médical

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. le Médecin-Conseil

(art. L. 162-4-1 1er al., L. 162-4-4, L. 315-2, L. 321-1-1, L. 323-6, R. 321-2, R. 323-11-1, D. 323-2, L. 375-1, D. 615-23 et D. 615-42 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)

numéro d'immatriculation

nom (suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

prénom

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier vitale)

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1)

code postal ville n° de téléphone :

bâtiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence :

(1) l'accord préalable de votre caisse est nécessaire si votre adresse se situe hors de votre département de résidence

activité salariée ☐ **profession indépendante** ☐

sans emploi ☐ date de cessation d'activité précisez votre situation (voir notice) ❶

l'arrêt prescrit fait suite à un accident causé par un tiers (voir notice) ❷ oui ☐ date non ☐

l'arrêt prescrit fait suite à une cure thermale oui ☐ non ☐

l'arrêt prescrit est en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de guerre oui ☐ non ☐

(*) si la prolongation de l'arrêt est prescrite par un médecin autre que le médecin traitant ou le médecin qui a prescrit l'arrêt initial, cochez la case correspondante :

médecin remplaçant le médecin traitant ou le médecin prescripteur initial ☐ médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant ☐ à l'occasion d'une hospitalisation ☐

autre cas ☐ précisez et indiquez le motif :

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale

adresse

n° téléphone :
e-mail :

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) :

et prescrit un arrêt de travail jusqu'au (en toutes lettres) : inclus

sans rapport* ☐ **en rapport*** ☐ avec une affection visée aux articles L. 324-1 et R. 613-59 du Code de la sécurité sociale (voir notice) ❸

sans rapport* ☐ **en rapport*** ☐ avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice) ❹

** une des deux cases doit être obligatoirement cochée*

sorties autorisées : oui ☐ **à partir du** **non** ☐

(l'autorisation doit être prévue à une date fixée entre le 1er et le 14e jour. Voir notice) ❺

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non ☐ **oui** ☐ **à partir du** (voir notice) ❺bis

reprise à temps partiel pour raison médicale ☐ **à partir du** (voir notice) ❻

(art. L. 323-3 du Code de la sécurité sociale)

éléments d'ordre médical (voir notice) ❼ :

date

signature du praticien

identification du praticien et le cas échéant de l'établissement

S 3116 f

La loi 78-17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

La fausse déclaration est passible de sanctions (article 441-1 du nouveau code pénal). En outre, en cas de fraude ou de fausse déclaration (art. L. 114-13 du Code de la sécurité sociale, 441-1 du Code pénal).

Retour au sommaire

Certificat médical accident du travail/maladie professionnelle

cerfa n°11138*02

certificat médical
accident du travail
maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

❑ initial ❑ de prolongation

❑ final ❑ de rechute

Volet 1, à adresser par le praticien à l'organisme dans les 24 heures

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)

régime : général ❑ agricole ❑ autre ❑ lequel ? :

numéro d'immatriculation :

nom (*suivi s'il y a lieu du nom d'époux(se)*) :

prénom :

adresse où la victime peut être visitée (*si différente de votre adresse habituelle*) *(1)* :

code postal : ville : n° téléphone :

batiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence :

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

s'agit-il d'un accident du travail ? ❑ d'une maladie professionnelle ? ❑

date de l'accident ou de la 1ère constatation médicale de la maladie professionnelle : *(voir notice ❶)*

présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle : oui ❑ non *(2)* ❑

(2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :

adresse :

n° téléphone :

courriel :

les renseignements médicaux

- **constatations détaillées** (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) *(voir notice ❷)*

- **conséquences**

soins sans arrêt de travail ❑ jusqu'au

arrêt de travail jusqu'au (*en toutes lettres*) inclus

sorties autorisées : oui ❑ **à partir du** **non** ❑

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice ❸)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non ❑ **oui** ❑ **à partir du** *(voir notice ❸)*

reprise de travail le *(voir notice ❹)*

reprise d'un travail léger pour raison médicale ❑ **à partir du**

(art. L.433-1 du code sécurité sociale. Voir notice ❹)

éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'horaire ou la reprise d'un travail léger

(voir notice 5)

- **conclusions** (à remplir seulement en cas de certificat final) *(voir notice ❺)*

guérison avec retour à l'état antérieur ❑ date

guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure ❑ date

consolidation avec séquelles ❑ date

certificat établi le identification du praticien et, le cas échéant, de l'établissement

à

signature du praticien

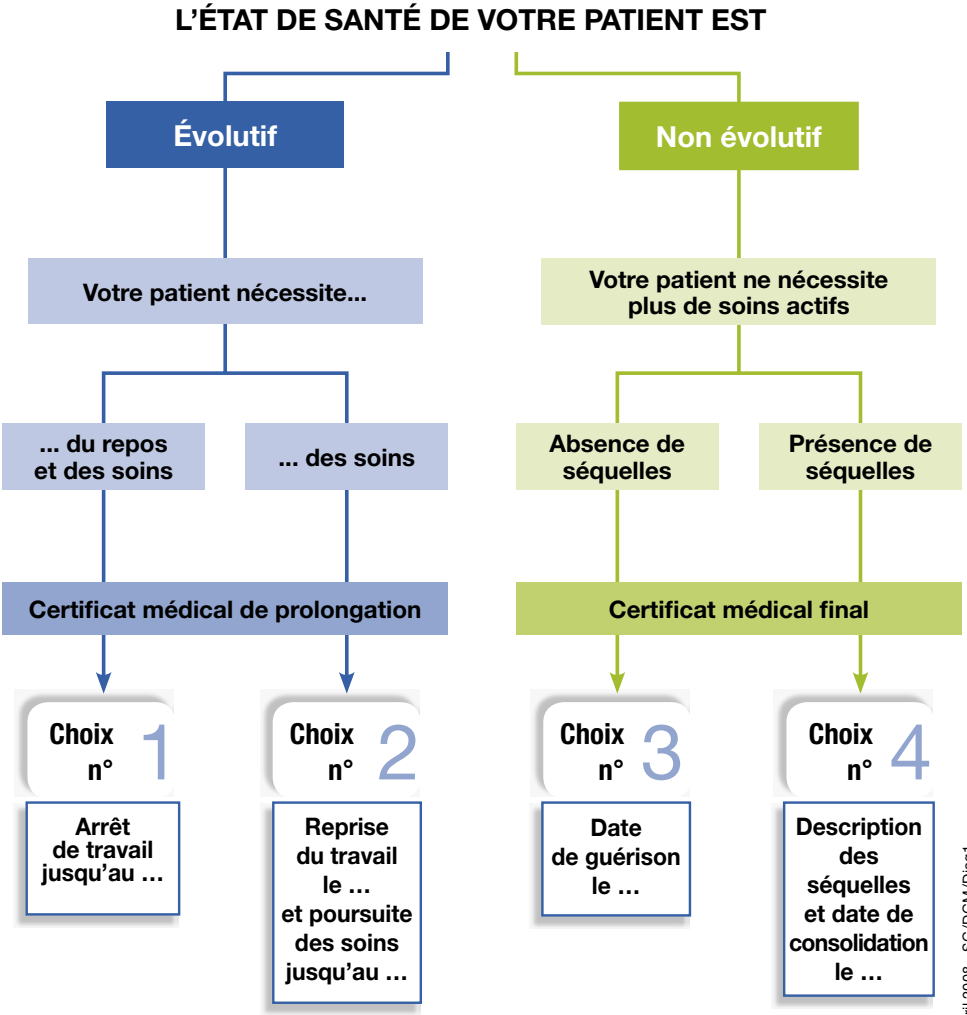
S 6909b

La loi 78-17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

La loi rend possible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L.114-13 du Code de la sécurité sociale, 441-1 du Code pénal).

Consolider au bon moment

4 choix sont possibles à la fin de la consultation :


L'ÉTAT DE SANTÉ DE VOTRE PATIENT EST
Évolutif
Non évolutif
Votre patient nécessite...
Votre patient ne nécessite plus de soins actifs
... du repos et des soins
... des soins
Absence de séquelles
Présence de séquelles
Certificat médical de prolongation
Certificat médical final
Choix n° 1
Arrêt de travail jusqu'au ...
Choix n° 2
Reprise du travail le ... et poursuite des soins jusqu'au ...
Choix n° 3
Date de guérison le ...
Choix n° 4
Description des séquelles et date de consolidation le ...

Avril 2008 - SG/DGM/Diag1

Prévenir les difficultés liées à la reprise de l'emploi

Deux moyens sont à votre disposition pour préserver l'emploi de votre patient :

1. La visite de pré-reprise : un rendez-vous « conseil » du patient avec le médecin du travail.
Elle vise à :
- étudier les conditions de son retour à l'emploi,
- prévenir, par des mesures adaptées, le risque de licenciement pour inaptitude.

Votre rôle : orienter votre patient vers son médecin du travail, et ce dès que vous évaluez un risque lié à la reprise de l'emploi.

2. Le travail léger : un retour à l'emploi allégé en durée ou en pénibilité.
Il permet de :
- favoriser la guérison et la consolidation,
- réadapter progressivement le patient à son poste de travail,
- maintenir le versement de tout ou partie des indemnités journalières.

Votre rôle : prescrire la reprise d'un travail léger, si vous estimez que le retour au travail est de nature à améliorer l'état de santé de votre patient.

Avril 2008 - SG/DGM/Diaq1

L'inaptitude au travail

La retraite au titre de l'inaptitude au travail permet d'obtenir une retraite au taux maximum de 50 % dès l'âge légal de départ à la retraite, quel que soit le nombre de trimestres validés. L'inaptitude au travail doit être reconnue par le médecin-conseil de l'organisme qui attribue la retraite.

➠ Article L.351-7 du code de la Sécurité Sociale

Peut être reconnu inapte au travail, l'assuré qui n'est pas en mesure de poursuivre l'exercice de son emploi sans nuire gravement à sa santé et qui se trouve définitivement atteint d'une incapacité de travail médicalement constatée, compte tenu de ses aptitudes physiques et mentales à l'exercice d'une activité professionnelle, et dont le taux est fixé par décret en Conseil d'État.

➠ Article R.351-21 du code de la Sécurité Sociale

Le taux d'incapacité de travail prévu à l'article L.351-7 est fixé à 50 %.
Pour apprécier si le requérant n'est pas en mesure de poursuivre l'exercice de son emploi sans nuire gravement à sa santé, il est tenu compte, lorsque l'intéressé n'exerce aucune activité professionnelle au moment de sa demande, de la dernière activité exercée au cours des cinq années antérieures. Au cas où aucune activité professionnelle n'a été exercée durant cette période, l'inaptitude au travail est appréciée exclusivement par référence à la condition d'incapacité de travail de 50 % médicalement constatée compte tenu des aptitudes physiques et mentales à l'exercice d'une activité professionnelle.
La procédure de reconnaissance de l'inaptitude est, dans tous les cas, celle qui est prévue à l'article R.351-22 ci-après.

➠ Article R.351-22 du code de la Sécurité Sociale

L'inaptitude au travail définie par l'article L.351-7 est appréciée par la caisse chargée de la liquidation des droits à prestations de vieillesse.
A l'appui de la demande de prestation formulée par l'assuré au titre de l'inaptitude au travail, sont produits :
1. un rapport médical, dont le modèle est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, sur lequel le médecin traitant mentionne

ses constatations relatives à l'état de santé du requérant ainsi que son avis sur le degré d'incapacité de travail de celui-ci, compte tenu de ses aptitudes physiques et mentales à l'exercice d'une activité professionnelle.
Le rapport du médecin traitant est accompagné des renseignements fournis par l'intéressé à l'appui de sa demande, et notamment des indications relatives aux diverses activités exercées par lui dans le passé et à sa situation pendant la période de guerre.
Ce rapport doit être placé sous enveloppe fermée portant le mot «confidentiel», précisant les références nécessaires à l'identification de la demande et mentionnant qu'elle est destinée au médecin conseil chargé du contrôle médical de la caisse intéressée. Elle sera adressée aux services administratifs de la caisse et transmise fermée au médecin conseil.

2. pour ceux des requérants qui relèvent de la médecine du travail, une fiche établie par le médecin du travail compétent en raison du contrat de travail liant le requérant à son entreprise et dont le modèle est fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du travail. Cette fiche comporte, en vue de l'appréciation de la première condition prévue à l'article L.351-7, la description de l'état pathologique du requérant en tant qu'il a une incidence sur son aptitude au travail et la mention de celles des exigences particulières du poste et des conditions de travail de l'intéressé qui sont de nature à comporter un risque grave pour sa santé.
Ce document doit être placé sous enveloppe fermée portant le mot «confidentiel», précisant les références nécessaires à l'identification de la demande et mentionnant qu'elle est destinée au médecin conseil chargé du contrôle médical de la caisse intéressée. Elle sera adressée aux services administratifs de la caisse et transmise fermée au médecin conseil.

Dans le cas où cette pièce n'est pas parvenue au médecin conseil dans le délai d'un mois suivant la date à laquelle le médecin du travail a été saisi, il est procédé à l'examen de la demande compte tenu des autres éléments d'appréciation figurant au dossier.
Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande de liquidation ou de révision d'une pension de retraite subordonnée à l'appréciation de l'état de santé de l'intéressé pour inaptitude au travail et de ses accessoires vaut décision de rejet.

L'invalidité

Si, à la suite d'une maladie ou d'un accident d'origine non professionnelle ou encore d'une usure prématurée de l'organisme, un patient a perdu, de façon a priori pérenne, les 2/3 au moins de sa capacité de travail dans un emploi quelconque, il peut sous certaines conditions être reconnu invalide.

Pour cela, il doit remplir :

- les conditions d'ouverture de droits,
- les conditions d'âge,
- les conditions médicales.

La demande de pension d'invalidité

Dans la plupart des cas, la mise en invalidité peut être proposée à un patient par sa caisse d'assurance maladie.
Vous pouvez aussi demander la mise en invalidité d'un patient : en tant que médecin, vous devez établir un certificat médical et faire compléter à votre patient le formulaire «Assurance invalidité - demande de pension» (S.4150).

Délai de traitement de la demande de pension d'invalidité

Pour instruire le dossier et notifier sa décision d'accord ou de refus pour l'attribution d'une pension d'invalidité, la caisse d'assurance maladie dispose d'un délai de deux mois à compter :

- de la date à laquelle elle a notifié sa décision de procéder à la mise en invalidité,
- ou de la date à laquelle la demande de pension lui a été adressée.

En cas d'accord

En cas d'accord du médecin conseil pour une mise en invalidité, la caisse d'assurance maladie du patient lui adressera une notification d'attribution d'une pension d'invalidité, précisant la catégorie et le montant de la pension, et l'informant de la prise en charge à 100 % de ses soins médicaux, à l'exception des médicaments à vignette bleue.
Le patient bénéficiera alors d'une pension d'invalidité attribuée à titre temporaire ; cette pension peut être révisée ou suspendue pour des raisons d'ordre médical ou administratif, voire même supprimée.

A noter

Le service social de l'Assurance Maladie, dont la mission est de prévenir les situations de rupture administrative, sociale ou professionnelle, fera une offre de service à votre patient afin de l'informer sur ses droits, la prise en charge de ses soins, les conditions d'une éventuelle reprise du travail.

Les différentes catégories de pension d'invalidité

1ère catégorie : le patient peut exercer une activité professionnelle rémunérée. La pension est égale à 30 % de son salaire annuel moyen.

2e catégorie : le patient ne peut plus exercer d'activité. La pension est égale à 50 % de son salaire annuel moyen.

3e catégorie : le patient a besoin d'une personne pour l'assister dans les gestes essentiels de la vie courante. Le montant de la pension équivaut à celui d'une pension de 2e catégorie augmenté d'un montant forfaitaire appelé «majoration pour tierce personne».

Le recours contre tiers

Le recours contre tiers est la procédure qui permet à l'Assurance Maladie de récupérer les dépenses liées à un accident causé par un tiers responsable, en lui faisant supporter (à lui ou à son assureur) les dépenses qu'il a occasionnées.

Cette procédure est peu connue des assurés, qui ne nous déclarent pas tous les accidents causés par des tiers et dont ils sont les victimes, alors que cette déclaration est une obligation légale.

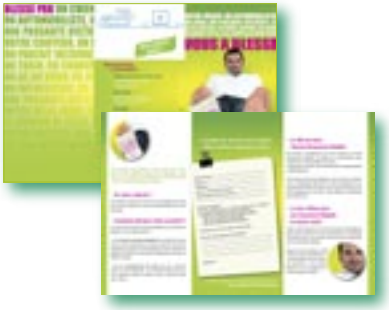
Cette démarche est essentielle, puisqu'en 2010, c'est plus de 7,5 millions d'euros qui ont été récupérés à ce titre en Indre-et-Loire. Elle contribue à la préservation de notre système de santé et doit devenir un réflexe.

Les caisses d'assurance maladie de la région Centre lancent donc une campagne d'information à destination de l'ensemble des assurés sociaux. Vous trouverez ci-dessous l'affiche et le dépliant diffusés dans toute la région Centre, notamment chez les professionnels de santé et dans les établissements de soins.

Si vous recevez un patient victime d'un accident causé par un tiers, merci de :

- **cocher la case prévue à cet effet sur la feuille de soins et/ou l'avis d'arrêt de travail,**
- **rappeler à votre patient de le déclarer à sa CPAM dans les 15 jours.**

Votre patient trouvera toutes les informations pour effectuer cette déclaration sur le site www.ameli.fr, rubrique «Assurés / Votre caisse / Vous informer».



Guide du médecin généraliste - CPAM37 - septembre 2011

Sécurité sociale
L'Assurance Maladie
INDRE-ET-LOIRE